

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922.

N° 150

LE SYNDROME BASEDOWIEN TARDIF

ET SON TRAITEMENT PAR L'HÉMATO-ÉTHYROIDINE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 12 Juillet 1922

PAR

Jean - François - Damien COSTEDOAT

Né à MESPLÈDE (Basses-Pyrénées), le 16 Novembre 1896

Examineurs de la Thèse	{	MM. ABABIE, professeur.....	Président.
		CASSAËT, professeur.....	Juges.
		PERRENS, agrégé.....	
		CREYX, agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Victor CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91
1922

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922.

N° 150

LE SYNDROME BASEDOWIEN TARDIF

ET SON TRAITEMENT PAR L'HÉMATO-ÉTHYROÏDINE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 12 Juillet 1922

PAR

Jean-François-Damien COSTEDOAT

Né à MESPLÈDE (Basses-Pyrénées), le 16 Novembre 1896

Examineurs de la Thèse

{	MM. ABABIE, professeur.....	Président.
	CASSAËT, professeur.....	Juges.
	PERRENS, agrégé.....	
	GREYX, agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

Imprimerie Victor CABBETTE

91, Cours de la Marne, 91

1922



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique interne.....	ARNOZAN.	Médecine expérimentale...	FERRE.
	CASSAET.	Clinique ophtalmologique...	LAGRANGE.
Clinique externe.....	CHAVANNAZ.	Clinique chirurgicale infan-	DENUCE.
	VILLAR.	tile et orthopédie.....	BEGOUIN.
Pathologie et thérapeuti-		Clinique gynécologique...	
que générales.....	CRUCHET.	Clinique médicale des ma-	MOUSSOUS.
Clinique d'accouchements	RIVIERE.	ladies des enfants.....	
Anatomie Pathologique et		Chimie biologique et mé-	DENIGES.
microscopie clinique.....	SABRAZES.	dicale.....	SIGALAS.
Anatomie.....	PICQUE.	Physique pharmaceutique.	
Anatomie générale et his-		Médecine coloniale et clinique des	LE DANTEC.
tologie.....	G. DUBREUIL.	maladies exotiques.....	
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies euta-	W. DUBREUILH.
Hygiène.....	AUCHE.	nées et syphilitiques.....	
Médecine légale et déon-		Clinique des maladies des	POUSSON.
tologie.....	VERGER.	voies urinaires.....	
Physique biologique et clinique d'élec-		Clinique des maladies ner-	ABADIE.
tricité médicale.....	BERGONIE.	veuses et mentales.....	
Chimie.....	CHELLE.	Clinique d'Oto-rhino-laryn-	MOURE.
Botanique et matière médicale.....	BELLE.	nologie.....	
Pharmacie.....	DUPOUY.	Toxicologie et hygiène	BARTHE.
Zoologie et parasitologie..	MANDOUL.	appliquée.....	

MM. PRINCETEAU, GUYOT, LABAT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie	N....		LEURET.
	N....		DUPERIE.
Histologie.....	LACOSTE (chargé).	Médecine générale.....	CREYX.
Physiologie.....	DELAUNAY.		MICHELEAU.
Anatomie pathologique...	MURATET.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Parasitologie et Sciences	R.SIGALAS(chargé)	Médecine légale.....	LANDE.
naturelles.....	N....		ROCHER.
Physique biologique et mé-		Chirurgie générale.....	DUVERGEY.
dicale.....	RÉCHOU.		PAPIN.
Chimie biologique et médi-			PERY.
cale.....	N...	Obstétrique.....	FAUGERE.
	PETGES.	Ophtalmologie.....	TEULIERES.
Médecine générale.....	CARLES (J.).	Pharmacie.....	N...
	MAURIAC.		

CHARGÉS DE COURS

Cours de Clinique dentaire.....	MM. CAVALIÉ.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie.....	CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire.....	VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements.....	PÉRY.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie.....	CABANNES.
Cours complémentaire de Puériculture.....	ANDERODIAS.
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale.....	SELLIER.
Cours complémentaire de Démonstrations et Préparations pharmaceut.	LABAT.
Cours complémentaire de Chimie.....	RANGIER.
Cours complémentaire de Vénérologie.....	PETGES.
Cours complémentaire de Pathologie interne.....	MAURIAC.
Cours complémentaire de Pathologie externe.....	GUYOT.
Cours complémentaire d'Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés	
du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....	ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation profession ^{ne}	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MON GRAND-PÈRE, A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

*En reconnaissance de l'affection
profonde qu'il m'a toujours témoignée,
et des sacrifices énormes qu'il s'est
imposés pour moi.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES

DE LA

FACULTÉ ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR J. ABADIE

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Hommages respectueux et reconnaissants.

AVANT-PROPOS

Avant de clore par ce modeste travail la première étape de notre vie, nous adressons nos sentiments d'admiration et de reconnaissance à nos Maîtres vénérés qui, par leur inaltérable dévouement, leurs leçons et leurs conseils, nous ont initié à l'art si difficile de la médecine.

Nous remercions surtout nos Maîtres des hôpitaux :

M. le Docteur BOUSQUET, qui a bien voulu guider nos premiers pas dans le domaine de la clinique. Nous lui dédions ce modeste ouvrage en témoignage de notre gratitude pour tout ce qu'il a fait en notre faveur ;

M. le Docteur CARLES, qui a bien voulu continuer les leçons de M. le Docteur BOUSQUET. Grâce à ses éminentes leçons, nous avons pu apprendre les principes de l'examen des malades et de l'auscultation, que ce Maître possède au plus haut point ;

M. le Docteur ARNOZAN, aussi dévoué pour ses malades que pour ses élèves. Nous aurons toujours présentes à la mémoire ses visites au lit des malades, où chaque patient avait une consolation, une parole d'encouragement, et où chaque élève était interrogé paternellement à tour de rôle ;

M. le Docteur CREYX, qui enseigne la médecine sous une forme littéraire. Nous ne savons qui l'emporte chez lui de

la science médicale la plus profonde ou de l'art littéraire le plus subtil. (Avec ces deux Maîtres, nous avons appris la philosophie de la médecine);

M. le Docteur MOUSSOUS, qui nous a appris à soigner les mères et à veiller sur la nutrition des enfants : grâce à une alimentation bien réglée, la mortalité infantile diminue considérablement;

M. le Docteur MOURE, qui nous a montré des lésions buccales de la tuberculose et de la syphilis; grâce à la connaissance de ces lésions, il nous sera possible de signaler les syphilis ignorées, si dangereuses pour le malade et la société;

M. le Docteur VILLAR, qui nous a donné des preuves manifestes de sa bonté. Nous devons toutes nos connaissances chirurgicales à la douceur de ses conseils, à la clarté de son enseignement, à la sûreté de son diagnostic qui attire la majorité des étudiants dans la salle, parfois trop petite, de ses cliniques.

Enfin, nous avons une dette de reconnaissance à l'égard de tous les Professeurs; car tous nous ont toujours appris quelque chose quand nous allions, en modeste anonyme, glaner dans les services une parcelle de leur science. Mais nous manquerions à tous les devoirs que la reconnaissance nous impose si nous ne remercions, surtout et avant tout, M. le Professeur ABADIE.

M. le Docteur ABADIE nous a montré comment, par un interrogatoire savamment conduit, nous pouvions faire le diagnostic, parfois si délicat, de l'aliénation mentale. Grâce à ses leçons, nous nous sommes rendu compte de l'utilité, pour le médecin, de bien connaître la pathologie mentale, et quelle lourde responsabilité pèse sur la conscience du

praticien qui, l'ignorant, ne peut dépister tel délire de persécution qui a de si funestes effets pour l'entourage du malade et pour la société. Aujourd'hui, avant d'aborder l'étude du sujet qu'il a bien voulu nous confier, nous le remercions sincèrement du grand honneur qu'il nous a fait et de la marque d'estime qu'il nous témoigne, en acceptant la présidence de notre thèse.

* * *

Et, maintenant que va commencer pour nous une ère nouvelle, nous disons adieu à nos études avec une certaine émotion. Le souvenir des heures folles comme celui des heures tristes et aussi des heures laborieuses nous remplit d'une intime amertume ; le souci d'un avenir inconnu et incertain, d'une intime tristesse. Nous trouvons un réconfort dans le souvenir des personnes qui ne sont plus et qui nous témoignèrent les marques de l'amitié la plus profonde, dans le respect que nous devons à celles qui se sont imposé pour nous de lourds sacrifices. Nous leur renouvelons l'assurance de notre respectueuse amitié, ainsi qu'à nos rares amis et à nos bons camarades. Vers eux, s'en ira plus tard notre pensée distraite, vers tous ceux qui nous ont tendu sincèrement la main dans la joie et dans la peine, vers ceux que nous avons aimé et aimerons encore.

LE SYNDROME BASEDOWIEN TARDIF

et son traitement par l'hémato-éthyroïdine



INTRODUCTION



La maladie de Basedow, décrite pour la première fois en 1840, est un syndrome caractérisé par un gonflement du corps thyroïde, analogue au goitre, une saillie prononcée des globes oculaires, une perturbation fonctionnelle du cœur, un tremblement généralisé spécial. Plusieurs de ces symptômes n'avaient pas échappé à l'observation des médecins de l'antiquité ; mais l'esprit de synthèse ne s'était pas élevé, chez eux, jusqu'à les considérer comme des manifestations d'une même entité morbide.

L'exorbitisme oculaire seul était signalé : « *Experimuntur oculi aliquando, dit Aëtius, ut prominentes permanéant ; et hoc contingit iis qui strangulantur et in athletic certaminibus et feminis quæ in partus doloribus amplius distenduntur, aut ex fluxionibus plurimis quæ acervatim a capite difluxerunt* » et Fabrice, de Hilden, ajoute quelques années plus tard : « *A causa externa malum procedit, velut in eis qui vomitu vehentissimo et tenesmo gravissimo et diuturno laborant* ». Ainsi, pendant toute l'antiquité et le moyen-âge, les médecins reconnurent comme cause de cet exorbitisme oculaire les efforts continus chez les hommes, les accouchements répétés chez les femmes.

La première notion du goitre exophtalmique se trouve

dans les travaux des oculistes français. Saint-Yves (1722), Bousquet, Bellanger, Demours (1818), paraissent avoir été les premiers observateurs de cette maladie. De même, en Allemagne, Brucke a décrit cette affection en prenant pour point de départ les phénomènes oculaires. Les malades atteints d'exophtalmie, en effet, vont trouver les oculistes; ils ne s'inquiètent pas de leurs palpitations; ils ignorent souvent l'hypertrophie de leur corps thyroïde.

Parryx, le premier, en 1825, s'aperçut de la coexistence de ces deux symptômes : goitre et exophtalmie; avec lui, la maladie tomba dans le domaine de la chirurgie.

Elle n'y resta que quelques années car déjà, en 1835, Graves, de Dublin, distingua du goitre ordinaire une hypertrophie particulière de la glande thyroïde; il fit cette distinction dans une leçon clinique, orale; il ne devait publier ses constatations qu'en 1843.

En 1840, un médecin silésien, Basedow, a rapporté quatre observations où les symptômes ordinaires sont étudiés d'une façon précise et nette. Nous appellerons ce syndrome maladie de Basedow, parce que ce nom est passé dans l'usage après que la priorité de Basedow a été confirmée par l'histoire : « Abstention faite de deux observations, disait Tapret, en 1880 (*Archives générales de médecine*), le mémoire de Basedow, publié en 1840, est le premier travail relatif au goitre exophtalmique. Dans les quatre cas qu'il renferme, les symptômes principaux sont mentionnés. Basedow a, le premier, nettement fixé leurs rapports et leur a assigné une même cause générale. Si nous voulons désigner l'affection par un nom d'auteur, nous n'avons aucune raison de rejeter la nomenclature des Allemands et de ne pas dire comme eux : maladie de Basedow. On pourrait tout aussi bien lui donner le nom de maladie de Warsh, car la description de cet auteur, à peine postérieure à celle du premier, vaut infiniment mieux qu'elle; mais en l'appelant maladie de Graves, on commet certainement une erreur historique ».

En France, Charcot, en 1856, compléta les travaux précédents par une description plus approfondie; après eux, nous citerons Aran, Trousseau surtout. Germain Sée ajouta toujours quelque chose de nouveau dans ses différents ouvrages sur la maladie de cœur (1879-1889-1893). En 1883, l'École de la Salpêtrière, Marie, Ballet, Joffroy, Gilles de la Tourette, venaient porter leur appui à l'étude de cette affection; Marie, dans sa thèse inaugurale, a fait une étude sur le tremblement dans la maladie de Basedow, et sa description est restée classique.

En 1895, Ballet et Enriquez expliquèrent la pathogénie de cette même maladie et démontrèrent par leurs expériences qu'elle était due à l'hypersécrétion du corps thyroïde. Quant à la thérapeutique, elle entra avec eux dans une voie nouvelle.

Dernièrement, en 1921, une série de conférences ayant été faites à Paris, sous la présidence de P. Marie, sur les questions neurologiques d'actualité, Sainton traita la question suivante : « Le goitre exophtalmique ».

*
* * *

Mais, le tableau de la maladie est loin d'être toujours complet; sans parler des phénomènes d'ordre secondaire dont l'apparition est des plus inconstantes, l'un des quatre symptômes peut faire défaut, et la maladie affecte ce que Trousseau appelle « une forme fruste ».

De plus, elle est regardée généralement comme propre à la jeunesse. Dans les livres classiques, nous trouvons la phrase suivante : « La maladie de Basedow est une maladie de l'âge adulte et de l'âge moyen de la vie, rare après 40 ans, exceptionnelle après 60 ans ». L'étonnement que nous avons éprouvé en voyant porter par M. le Professeur Abadie le diagnostic de maladie de Basedow à forme fruste chez une femme de cinquante-cinq ans, a disparu après quelques jours consacrés à des recherches bibliographiques.

Nous avons résumé tous les faits que nous avons trouvé, épars, dans les thèses précédentes et dans les journaux médicaux, espérant ainsi, dans la mesure de nos faibles forces, contribuer à l'étude de « la maladie de Basedow, à forme fruste, chez les personnes âgées » ; c'est un travail personnel mais non original, après tout ce qui a été écrit sur cette maladie en général.

Nous avons laissé de côté, à dessein, plusieurs chapitres intéressants et, en particulier, la pathogénie et l'anatomie pathologique, pour n'étudier que les différentes modalités cliniques. Après avoir exposé les observations, nous tracerons un tableau des différents symptômes de ces formes frustes ; dans un deuxième chapitre, après nous être rallié à la théorie de l'hypersécrétion, nous montrerons les résultats que l'on peut obtenir chez ces malades, par l'hémato-éthyröidine.

Notre chemin se trouve ainsi nettement tracé. Nous espérons que nos juges nous pardonneront d'avoir reculé devant certains obstacles que nous considérons presque comme insurmontables, en ne nous occupant ni de l'anatomie-pathologique ni de la pathogénie. Les observations prendront une place prépondérante ; nous suivrons ainsi les conseils du Professeur Teissier. « Pour étudier le goitre exophthalmique, disait-il, il faut autant que possible multiplier les éléments de la discussion, c'est-à-dire, citer des faits. » Les plus intéressantes ont été prises *in extenso* ; nous nous sommes contenté d'un simple résumé pour les autres cas.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATION I

Mémoire de BASEDOW, 1840.

M. M... âgé de 50 ans, rachitique dans son enfance, a eu des angines tonsillaires fréquentes.

Il fut toujours pâle, maigre, mais robuste. Les affaires l'obligeaient à de nombreux voyages sur la frontière voisine et quelques pertes qu'il fit dans son commerce retentirent sur sa santé.

En 1832, M. M... fut atteint d'une... dont il ne guérit jamais complètement. Il garda une telle chaleur du sang qu'il s'exposait volontiers à la pluie et au vent et se lavait tout le corps à l'eau froide.

En 1835, je fus mis en rapport avec le malade. Je crus reconnaître chez lui une cardite ou une aortique chronique. Les battements du cœur étaient comme métalliques : les carotides étaient le siège d'un bruit de souffle ; le pouls était inégal, le visage bouffi ; le yeux saillants, la glande thyroïde hypertrophiée, le ventre gonflé, le corps amaigri. Il y avait deux ou trois selles par jour : l'appétit était conservé.

Les saignées, les sangsues à l'anus, la digitale, l'iode à l'extérieur furent employés mais inutilement.

Le pouls au bout de quelques mois était toujours irrégulier. Le malade dormait peu. Les globes oculaires étaient pourtant sains : larmoiement à l'air.

Mais à la suite de voyages en voiture découverte et par les plus mauvais temps, il eut une kératiste rhumatismale, puis une conjonctivite et une iritis : un abcès se forma dans

les lames de la cornée, et enfin il survint une ophtalmie interne avec ses maux de tête habituels. Les lésions siégeaient à l'œil droit qui était aussi le plus saillant. Enfin, la cornée se perfora, l'œil fut entièrement perdu. Six mois plus tard, malgré toutes les médications employées, l'œil gauche se perdit de la même manière.

Depuis ce temps et aujourd'hui encore, la santé de M. M... est très mauvaise. La diarrhée, l'amaigrissement, l'irrégularité du pouls, la force des battements du cœur, persistent. Le volume du ventre contraste avec l'amaigrissement de la moitié supérieure du corps. Les mollets sont volumineux quoique sans œdème.

OBSERVATION II

TEISSIER. — *Annales de Médecine de Lyon*, 1862-63. — Maladie de Graves datant de 3 ans : battements de cœur et goître sans exophtalmie.

Monsieur X..., de Lyon, âgé de 53 ans : d'un tempérament éminemment nerveux, a eu de 30 à 35 ans une gastralgie accompagnée d'un état nerveux singulier, caractérisé par un sentiment d'indifférence à toutes les causes de peine ou de plaisir.

De 35 à 50 ans, très bonne santé : chaque année au retour des chaleurs, crises d'estomac caractérisées par une angoisse profonde et des vomissements bilieux abondants.

En 1860, chagrin qui émut beaucoup M. X... et lui laissa une longue tristesse. Quelques mois après le corps thyroïde commença à grossir et acquit en peu de temps un volume notable.

Un peu plus tard, il ressentit des battements de cœur assez violents et de l'oppression en marchant et en montant. Il perdit le sommeil, devint impatient et irritable, s'aperçut que son pouls avait habituellement une grande fréquence et maigrit rapidement.

Bien qu'il fut contrarié de l'ampleur de son cou, M. X... se préoccupa surtout de ses palpitations. Il se crut affecté d'une hypertrophie cardiaque. L'auscultation faisait, en effet,

reconnaître une violente impulsion de cœur et un bruit de souffle systolique à la base, mais la percussion ne démontrait pas une augmentation sensible de la matité précordiale.

Ce malade présentait indépendamment du goitre et des battements exagérés du cœur, des pulsations visibles des vaisseaux du cou, une grande fréquence habituelle du pouls, une agitation nerveuse augmentée par la chaleur et diminuée par le froid.

Amairissement, appétit, œdème des jambes.

Un seul symptôme manqué, c'est l'exophtalmie.

M. X... a essayé plusieurs médications, soit contre son goitre, soit contre les battements du cœur : tous échouèrent.

Une seule chose a paru le soulager, c'est le changement de résidence, l'action de l'air vif des montagnes et les bains froids ; plus l'air qu'il respire est froid et mieux il se trouve.

Voilà trois ans que la maladie existe et qu'elle présente des caractères suffisamment prononcés pour qu'on ne puisse douter du diagnostic ; mais les yeux n'ont jamais été saillants et leur expression est restée naturelle.

OBSERVATION III

Thèse de TURGIS (1863), Paris. — Recherches et observations pour servir à l'histoire du goitre exophtalmique.

Femme de 41 ans, d'une bonne santé habituelle, d'un tempérament nerveux et d'une forte constitution. Mère de huit enfants tous vivants. Depuis l'âge de 15 ans, ses règles ordinairement peu abondantes, sont régulièrement venues tous les mois.

Histoire de la maladie : Deux mois avant de rentrer à l'hôpital, elle eut un gros rhume accompagné d'une toux quinteuse. La voix devint rauque et ensuite presque éteinte. Deux semaines après, elle s'aperçut que son cou grossissait. Elle ne remarqua rien du côté de ses yeux, mais depuis longtemps elle avait des palpitations de cœur qui sont devenues plus fréquentes et plus pénibles. Il y a sept ou huit mois, elle a eu un peu d'œdème des membres inférieurs.

Etat clinique: la thyroïde offre une notable augmentation de volume : les deux lobes à peu près d'égale grosseur, descendent près du sternum. La peau qui les recouvre est normale. Par moments, la malade éprouve des accès de dyspnée qui se terminent par une toux pénible sans expectoration.

Les yeux sont le siège d'une exophtalmie peu marquée, mais il n'y a ni myopie ni aucun autre trouble de la vue. La malade ne peut indiquer à quelle époque précise ses yeux sont devenus plus saillants.

Cette femme a des palpitations de cœur. A la percussion et à l'auscultation, on constate que le cœur est normal, qu'il bat énergiquement ; on entend un bruit de souffle ayant son maximum d'intensité à la base et se prolongeant vers les vaisseaux du cou. Le pouls est régulier, normal et donne de 85 à 90 pulsations à la minute.

Les organes respiratoires sont en bon état, les fonctions digestives vont bien. Les règles sont supprimées depuis deux mois.

La malade a un caractère d'une irritabilité très marquée.

Traitement: Repos. Iodure de potassium administré à la dose de 1 à 2 gr. Vésicatoire appliqué sur la tumeur et pansé avec l'onguent mercuriel.

Les palpitations et les accès de dyspnée ont diminué de fréquence et d'intensité. Le goitre s'est affaïssé.

Résumé : Malade de 41 ans, constitution forte : palpitations au début, accès de dyspnée ; cœur volume normal, bruit de souffle ; goitre, phénomènes remarquables par une compression légère de la tumeur ; légère exophtalmie sans troubles de la vue ni lésions des milieux de l'œil ; aménorrhée ; état général satisfaisant.

OBSERVATION IV

Thèse de TUNGIS (1863), Paris. — Recherches et observations pour servir à l'histoire du goitre exophtalmique.

X... âgée de 46 ans, domestique, née à Dreux. Depuis l'âge de 12 ans, où la menstruation s'est établie, elle a toujours été bien réglée.

Mariée à 16 ans, cinq mois après, elle a eu une fausse-couche et, de 18 à 25 ans, a eu quatre enfants qui tous jouissent d'une belle santé.

D'un tempérament nerveux, elle a éprouvé fréquemment des attaques très marquées d'hystérie : elle pleurait à la moindre occasion ; elle décrit bien les phénomènes de la boule hystérique et raconte qu'elle a eu de l'anesthésie constatée par les médecins. A ces symptômes s'ajoutèrent des attaques convulsives fréquentes et des palpitations de cœur. Ces accidents ont disparu, depuis une dizaine d'années, mais elle est restée toujours très impressionnable et fréquemment tourmentée par de violentes migraines.

La malade affirme qu'étant jeune fille elle n'a eu ni le cou gros ni les yeux saillants et que personne dans sa famille n'a présenté ces accidents. Cependant, elle ajoute que les goîtres sont fréquents à Dreux.

Histoire de la maladie : Il y a trois ans, la malade éprouva quelques troubles dans la menstruation ; peu à peu, les règles se supprimèrent, et son état de santé était satisfaisant.

Cette femme vivait séparée de son mari depuis l'âge de 27 ans, un méchant homme qui la frappait et était toujours ivre ; mais à ce moment-là, de nouveaux chagrins sont venus s'ajouter à ceux que lui causait cette séparation. Ses enfants, par leur inconduite, l'ont rendue très malheureuse depuis deux ans. Ses palpitations sont devenues très intenses.

Etat clinique (1860) : Il y a un léger bruit de souffle à la base du cœur, souffle qui se continue dans les vaisseaux carotidiens.

La glande thyroïde a, peu à peu, augmenté de volume.

Les yeux, naturellement saillants, sont le siège d'une exophtalmie légère : la vision est restée intacte.

Quand la malade est tranquille, que son esprit est calme, il y a une amélioration notable dans l'état général de sa santé ; mais les émotions vives, les nouvelles désagréables qu'elle peut recevoir de sa famille, amènent une recrudescence notable dans tous les phénomènes morbides.

La digitale amène toujours un peu de soulagement.

Résumé : Femme de 46 ans ; accidents nerveux, hystériques ; suppression des règles et palpitations cardiaques au début ; goitre ; légère exophtalmie.

OBSERVATION V

Thèse de Turgis (1863), Paris. — Recherches et observations pour servir à l'histoire du goitre exophtalmique.

Léonie D..., âgée de 62 ans, née en Bourgogne, habite Paris depuis l'âge de 21 ans.

Aucun membre de sa famille n'a présenté les symptômes dont elle est atteinte ; père mort à 59 ans d'une pneumonie ; mère morte de vieillesse ; cinq sœurs bien portantes.

A 16 ans, apparition des règles ; menstruation régulière jusqu'à 49 ans ; ménopause.

A 20 ans,, donne naissance à une fille aujourd'hui mère de nombreux enfants.

Histoire de la maladie: Cette malade fait remonter le début de la maladie à dix-huit mois. La marche, le travail, les efforts lui devinrent pénibles et bientôt s'accompagnèrent de battements de cœur et d'accès de suffocation. Depuis sept mois, ces palpitations et ces étouffements lui rendent tout travail impossible. A cette époque, elle eut des saignements de nez abondants et parfois des vomissements. Elle fut soulagée par des éméto-cathartiques. En novembre 1861, elle eut un chaud et froid, ses jambes enflèrent et ce gonflement des membres inférieurs n'a jamais disparu.

En même temps que l'enflure des jambes, apparut un autre phénomène qui l'effraya beaucoup : ses yeux devinrent saillants et gros. — « Ses voisins lui trouvaient un air effaré. » — L'exophtalmie ne l'a plus quittée.

Etat clinique (1863): Hôpital Saint-Louis, salle Saint-Thomas. Exophtalmie très marquée. La projection de l'œil hors de sa cavité est telle qu'il en résulte une élévation anormale des sourcils. Les paupières recouvrent à peine la moitié des globes oculaires.

Le cou offre à peine une légère saillie ; la main, le doigt appliqué sur la glande perçoivent des battements très énergiques.

La voix est criarde, chétive ; les cris un peu forts lui sont impossibles.

La malade accuse une sensation de chaleur qui ne la

quitte plus ; elle a toujours trop chaud. L'hiver elle dort sans couvertures ; elle laisse toujours ses fenêtres ouvertes.

Les battements du cœur sont énergiques ; légère hypertrophie de cet organe.

Le pouls est régulier, normal et donne 80 pulsations à la minute.

Les pieds et la partie inférieure des jambes sont le siège d'un œdème peu considérable. N'a pas suivi de traitement.

Résumé: Malade de 62 ans : palpitations de cœur ; accès de suffocation ; phénomènes de congestion et troubles digestifs au début ; légère hypertrophie du cœur avec souffles ; léger goitre, altération de la voix ; exophtalmie considérable ; troubles dans la calorification ; pouls à 80 pulsations, œdème léger aux jambes.

OBSERVATION VI

Thèse de MARIE (1883), Paris. — Contribution à l'étude et au diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow.

Madame F..., 49 ans, passementière (novembre 1882).

Un cousin germain, du côté de son père, a été enfermé dans une maison de santé. A eu, il y a huit ans, un très violent chagrin à la perte de sa mère et, depuis cette époque, un assez grand nombre d'ennuis.

Bonne santé antérieure. Palpitations. Jamais d'attaques de nerfs.

Histoire de la maladie: Vers le mois de juin 1880, elle se promenait au Jardin des Plantes, lorsque, tout à coup, elle fut prise d'un malaise avec étourdissements et palpitations. Elle put cependant revenir chez elle.

A la même époque, la ménopause s'établit : elle remarqua que son cou grossissait.

Etat clinique: Le cou présente un goitre de médiocre grosseur, animé de battements, entouré de veines assez dilatées.

Pas d'exophtalmie, mais les yeux semblent plus grands, plus brillants et donnent au regard un aspect tout à fait hagard.

Léger tremblement des mains et des jambes. La malade

est moins adroite qu'auparavant dans l'exercice de son métier.

Tachycardie. Les battements du cœur sont violents. Pas de souffle. Pouls 120. Deux ou trois fois la malade a été prise d'accès caractérisés par l'augmentation des pulsations qui sont devenues insupportables ; anxiété terrible, angoisse atroce.

Pas de sensation subjective de chaleur.

Fréquents accès de toux quinteuse avec très légère expectoration, purement salivaire.

Son caractère est devenu irritable, elle s'impatiente facilement, s'émeut pour la moindre des choses.

Résumé: Malade de 49 ans : palpitations de cœur ; quelques accès de suffocation. Pas d'exophtalmie ; goitre de médiocre grosseur. Léger tremblement.

OBSERVATION VII

Thèse de MARIE (1883), Paris. — Contribution à l'étude et au diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow.

C. . . , 40 ans, bijoutier en chaînes d'or.

Rien de spécial dans ses antécédents héréditaires ; mère nerveuse.

Antécédents personnels: Jamais de rhumatisme ni de syphilis.

En 1869, hémoptysie assez abondante (a rempli une grande tasse). En 1880, en décembre, aurait eu une pustule maligne à la face interne du poignet gauche. Connaissant quelqu'un qui était mort d'une affection de ce genre, il fut très inquiet. Il n'a eu ni palpitations ni tremblements.

Dans les premiers jours de mars 1881, il va dans un concert au Trocadéro, dans un état de santé parfaite, et, sans avoir éprouvé aucune émotion extraordinaire pendant le concert, il en sort atteint d'un tremblement généralisé très intense. On le soigne pour une hypertrophie cardiaque ; on l'envoie à la campagne. Pendant quinze jours, il a une diarrhée incessante. Il prend XX à XXX gouttes de digitale et 2 grammes de bromure de potassium ; son tremblement s'atténue, il

dort, mais il a tellement maigri qu'il est obligé de mettre sur son siège de la poudre d'amidon et un oreiller pour ne pas s'écorcher.

Etat clinique au 8 août 1882. Tremblement généralisé, agitant tout le corps, et très perceptible quand le malade a quitté sa chemise. On voit alors tous les muscles du tronc animés d'un tremblement analogue.

On distingue les battements du cœur dans le septième espace intercostal : en même temps il a de violents battements derrière et au-dessous de l'appendice xyphoïde. Souffle à la pointe, au premier temps. Pouls : 120.

Pas d'hypertrophie du corps thyroïde, mais les artères du cou vibrent violemment. On y entend un souffle systolique net, se propageant vers l'aorte et s'entendant sur le côté gauche.

Au sommet du poumon, un peu de rudesse et de souffle à gauche, mais pas de lésions bien accentuées.

Il a des sueurs très abondantes au moindre exercice : le malade est toujours dans un état de moiteur accentuée.

Traitement : Administration d'une infusion de 30 centigrammes de feuilles de digitale pendant quatre jours consécutifs, continué ainsi par périodes de quatre jours en laissant deux ou trois jours de repos entre chaque période.

Le 25 août, amélioration sensible. Malade dormait mieux, tremblement était un peu moindre ; le pouls n'était plus qu'à 105.

En octobre 1882, le malade peut continuer son métier ; seule, une légère exophtalmie a persisté.

OBSERVATION VIII

Thèse de MARIE (1883), Paris. — Contribution à l'étude et au diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow.

Madame C..., 51 ans, couturière (février 1883).

Mère un peu nerveuse. Sœur nerveuse ; pas de crises. Une cousine germaine aurait été opérée d'une tumeur pulsatile (anévrisme cirsoïde du front (?) opérée à l'Hôpital Beaujon). Fièvre typhoïde à l'âge de 9 ans. Bronchite aiguë il y a

quatre ans, en même temps un peu de rhumatisme subaigu aux jointures des doigts.

Histoire de la maladie : La malade a eu de grandes contrariétés. Pendant la Commune, elle a eu une discussion terrible avec une voisine et, depuis cette époque, elle a toujours eu un peu d'émotivité. Il y a six ans, sans aucune raison, elle s'est sentie prise de palpitations. A ce moment, elle tremblait beaucoup, et même beaucoup plus que maintenant; elle faisait trembler les personnes sur lesquelles elle s'appuyait. Elle avait de terribles accès de palpitations, mais ils ne duraient que 12 ou 24 heures environ.

Etat clinique, 8 août 1882 : Tremblement généralisé agitant tout le corps.

On distingue très nettement les battements du cœur dans le septième espace. En même temps, il y a de violents battements derrière et au dehors de l'appendice xyphoïde.

Pas d'hypertrophie du corps thyroïde, mais les artères du cou vibrent violemment et, avec le stéthoscope, on y entend un souffle systolique net qui se propage dans l'aorte et s'entend sur le côté gauche de la colonne vertébrale.

Quant aux yeux, ils n'ont pas d'exophtalmie proprement dite, mais ils sont peut-être un peu brillants et hagards.

Pouls, 120; température, 37°5.

Traitement : Digitale, 0 gr. 30 en infusion pendant quatre jours de la semaine.

Le 25 août, il y avait déjà une amélioration sensible; la malade dormait mieux; le tremblement était un peu moins intense; le pouls n'était plus qu'à 105.

Etat clinique, février 1883 : Les palpitations sont continues, mais moins intenses que celles qu'elle avait au début.

Le goitre est accusé, noduleux, occupant tous les lobes du corps thyroïde; les battements communiqués sont assez forts. Le pouls est très rapide, 140 et plus; il est irrégulier. Les battements du cœur sont très violents; ils sont irréguliers et par séries de 3 ou 4 à peu près réguliers.

Le tremblement des mains est très modéré; elle peut coudre. Les jambes se mettent à trembler dès que, étant assise, elle se pose sur la pointe du pied. Sensation de chaleur dans la

journée et la nuit. Pas de diarrhée. Accès de fringale très caractérisés, sans boulimie continuelle. Insomnies. Pas d'ophtalmie.

OBSERVATION IX

Thèse de MARIE (1883), Paris. — Contribution à l'étude et au diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow.

Madame S. . . , 45 ans, ancienne employée de commerce.

Son père est mort à 57 ans d'apoplexie cérébrale.

Un oncle paternel, sans être absolument aliéné, avait des idées bizarres, et était généralement considéré comme un original; il était affecté de tremblement.

La malade a été très délicate pendant la première enfance.

Pas de maladies graves. A toujours été très nerveuse.

Depuis une douzaine d'années, elle est atteinte de crises commençant par des renvois et par un tremblement général analogue à celui du début des attaques épileptiformes. La malade ne perd pas connaissance; au contraire, elle a, dans ce moment, une acuité intellectuelle plutôt exagérée. Tantôt elle rit, tantôt elle pleure; elle aurait même tenté de se donner la mort.

Elle n'est pas mariée, mais vit avec le père de sa fille et attend avec impatience que des circonstances spéciales permettent de régulariser leur situation.

Histoire de la maladie: Le début remonte au 28 octobre 1882. Quelqu'un lui ayant dit qu'il y avait dans Paris un très grand nombre de cas de fièvre typhoïde, elle fut poursuivie par l'idée que sa fille pourrait en être atteinte et eut une crise hystériforme.

Depuis ce moment, son caractère s'assombrit; tout l'ennuyait, l'irritait. Elle fut prise de palpitations et de tremblements.

Etat clinique: Pas d'augmentation de volume du cou; rien de spécial du côté des yeux.

Pouls mou, dépressible, semble quelquefois irrégulier, 102 pulsations.

L'impulsion cardiaque est assez forte. A l'auscultation, on n'entend pas de souffle.

La malade a beaucoup de difficultés à s'endormir; son sommeil est presque toujours agité; quelquefois, rêves érotiques, bien que la malade soit plutôt frigide.

Les mains sont animées d'un tremblement assez fin, mais très net, visible même quand elles sont placées sur les genoux de la malade. Aux pieds, le tremblement est déjà constatable lorsque ceux-ci sont étendus; quand les jambes sont fléchies et ne reposent que sur les orteils, on les voit immédiatement être animées de secousses rythmiques très accusées. Les mains sont toujours moites.

La malade a presque constamment la diarrhée; les selles, au nombre de 3, 4, 5, 6, sont vertes, bilieuses.

Pas de manifestations cutanées. Accès de boulimie très prononcés et très fréquents.

Résumé: Palpitations, tachycardie, pouls 102, tremblement, ni goître ni exophtalmie.

OBSERVATION X

Thèse de MARIE (1883), Paris. — Contribution à l'étude et au diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow.

M. C. . . , horloger, âgé de 46 ans, habitant Clermont-Ferrand.

Ne connaît dans sa famille personne qui soit atteint d'une maladie nerveuse.

Bonne santé antérieure; a toujours été un peu nerveux. Pas de syphilis. Pas d'alcoolisme.

A été réformé pour hypertrophie du cœur; avait des palpitations violentes à la moindre émotion. Pas de chagrins violents.

Histoire de la maladie: A partir du 10 novembre 1881, il fut pris d'insomnies qui durèrent environ quinze jours. Il avait perdu l'appétit, avait de la fièvre au dire des médecins;

il prit une assez grande quantité de sulfate de quinine, mais sans résultat. Cela dura deux mois.

Depuis, il a éprouvé de violents battements de cœur avec cardialgie; jamais d'oppression.

Il remarqua aussi une sensation de chaleur tout à fait insupportable accompagnée de transpirations abondantes.

Il a été obligé de quitter son travail par suite d'un tremblement généralisé très intense.

En février 1882, il a été à la campagne pendant un mois. Il s'est trouvé mieux; le sommeil est revenu, ainsi que l'appétit.

Il a fait un autre séjour à la campagne pendant l'été et en a retiré un grand bénéfice.

Il y a quinze jours, il a été pris d'une faiblesse dans les jambes telle que, s'il avait été à genoux, il n'aurait pu se relever.

Etat clinique: Il n'y a pas de goitre, mais le cou est un peu gros; les battements carotidiens sont extrêmement intenses.

Pas d'exophtalmie; l'œil gauche est peut-être un peu plus gros, et sa femme le trouve plus saillant qu'auparavant.

Tous les muscles sont atteints de tremblements fibrillaires fins et paraissent palpiter; lorsqu'on met les mains sur les épaules du malade, on sent son corps trembler.

Les diarrhées sont peu fréquentes et de courte durée. Il éprouve des fringales qui le mettent dans la nécessité de manger souvent.

Les impulsions cardiaques sont très violentes et ébranlent la cage thoracique. Le pouls est à 120. Quand le malade se couche, il éprouve pendant une heure environ une sensation de chaleur très désagréable. Les sueurs existent. Les réflexes tendineux sont très augmentés aux membres inférieurs, plutôt diminués aux membres supérieurs.

Résumé: Palpitations, tachycardie, pouls mou 120. Tremblement fibrillaire des muscles. Pas de goitre. Exophtalmie unilatérale douteuse.

OBSERVATION XI

Thèse de MARIE (1883), Paris. — Contribution à l'étude et au diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow.

Madame D..., 76 ans, couturière (décembre 1882).

Père très violent, très irascible, mort presque subitement à la suite d'une forte colère à l'âge de 60 ans; semble avoir été goutteux.

Sur ses dix enfants, la plupart sont morts en bas âge; elle a une fille qui est morte à cinquante-deux ans, aliénée et placée dans un asile.

Elle-même a toujours été très nerveuse, mais n'a jamais présenté de véritables attaques de nerfs. Elle a éprouvé dans son existence de violents chagrins.

La malade ne peut dire au juste depuis quand elle a son tremblement; d'ailleurs, sa mémoire diminue un peu depuis quelque temps.

Pas de goitre.

Pas d'exophtalmie.

La malade se plaint surtout de palpitations presque continues; les battements du cœur sont assez intenses.

Pouls varie entre 80 et 120.

Le tremblement est assez marqué aux membres supérieurs; nous ne l'avons pas constaté aux membres inférieurs.

Depuis une quinzaine d'années, insomnie persistante.

Sensation de chaleur subjective l'obligeant parfois à enlever ses vêtements.

Pas de diarrhée; plutôt tendance à la constipation.

Résumé: Malade de 76 ans; ni goitre ni exophtalmie; palpitations presque continues. Pas de souffle, pas d'hypertrophie cardiaque. Pouls de 90 à 120, tremblement, thermophobie.

OBSERVATION XII

Thèse de MARIE (1883), Paris. — Contribution à l'étude et au diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow.

Madame V..., 64 ans, passementière. Novembre 1882.

Pas d'antécédents nerveux héréditaires; cependant, elle se souvient que son père tremblait beaucoup et qu'il lui était même impossible, à cause de cela, de faire certains mouvements un peu délicats.

Elle a perdu son mari en 1874; elle a eu de grandes émotions (son mari était devenu fou).

Histoire de la maladie: A partir de ce moment, elle a commencé à avoir du tremblement, mais ils ne devenaient gênant que par intervalles. Pas de palpitations.

Au mois de mai 1882, elle a eu une fluxion de poitrine et, quand elle a été guérie, le tremblement est devenu plus fort; elle éprouvait des palpitations, et un goitre s'est développé.

Etat clinique: La malade présente un goitre de la grosseur d'une orange, animé de battements, et la peau qui le recouvre est sillonnée de veines sinueuses.

Pas d'exophtalmie proprement dite, mais les yeux sont hagards et semblent plus grands qu'à l'état normal.

Légères palpitations, tachycardie, pouls varie de 93 à 120.

Tremblement généralisé, occupant surtout les membres supérieurs.

Toux extrêmement fréquente avec une très médiocre expectoration quinteuse survenant surtout le matin.

Boulimie; la malade est obligée de se lever la nuit pour manger. Insomnies fréquentes.

Résumé: Malade de 64 ans, goitre, pas d'exophtalmie, quelques palpitations, tachycardie, tremblement, toux fréquente, boulimie.

OBSERVATION XIII

Thèse de DAUBRESSE (1883), Paris. — Le goitre exophtalmique chez l'homme.
FRAIL. — *Arch. fur. Aph. Band*, III, p. 187, Berlin 1857.

Un homme de 50 ans n'avait jamais éprouvé de maladies graves, lorsqu'il fut pris d'une fièvre muqueuse qui le retint au lit pendant huit semaines. Pendant la convalescence de la maladie, l'œil droit commença à proéminer notablement ; les palpitations cardiaques se manifestèrent ; enfin, il survint un gonflement de la glande thyroïde. Quelques mois après, le malade s'affaiblit, puis il fut pris d'un catarrhe bronchique accompagné de fièvre et d'un peu de délire. Dès le début de cette complication, la proéminence de l'œil droit s'exagéra et l'œil gauche commença à faire saillie ; l'occlusion des paupières devint impossible. Trois semaines avant la mort du malade, opacité blanchâtre à la cornée de l'œil droit ; dans l'espace de six jours, la vue se perdit.

OBSERVATION XIV

Thèse de DAUBRESSE (1883), Paris. — Le goitre exophtalmique chez l'homme.
Mac DONNEL. — *Dublin Journal of. méd.*, t. XXVII, p. 200, 1885.

Un ministre anglican, âgé de 55 ans, était sujet depuis 1838 à de violentes palpitations rendant impossible le décubitus sur le côté gauche. Ces symptômes augmentèrent sans présenter les caractères d'une maladie organique du cœur, et bientôt le malade remarqua, dans la région de la glande thyroïde, une petite tumeur indolente qui s'accrut par degrés. Quand Mac Donnel vit le malade, la tumeur formée par la glande thyroïde était plus volumineuse à gauche qu'à droite ; on y sentait à la main un frémissement semblable à celui de la varice anévrysmale et, au stéthoscope, un son musical, existant également au niveau des carotides. Le pouls ne battait jamais moins de 120 et montait quelquefois à 200. Depuis quatre ans, les yeux ont augmenté de grosseur et pris une expression d'égarement et de férocité. Vision parfaite. Pas de douleurs.

OBSERVATION XV

Thèse de CHAMAILLARD (1901-02), Paris. — Maladie de Basedow.

Madame X. . . , 54 ans, sans profession (12 février 1901).

La malade appartient à une famille de tempérament nerveux, mais sans maladie nerveuse classée. Elle n'a jamais été malade. Jusqu'à l'année dernière, elle jouissait d'un embonpoint assez prononcé.

Histoire de la maladie: Depuis un an, elle a surtout présenté des troubles psychiques: humeur toujours inquiète, besoin continuel de changer de place, instabilité d'esprit, changement rapide d'idées et de résolutions, crises terribles de colère.

Il y a trois mois, dépérissement rapide, troubles digestifs intenses.

Etat clinique (12 février 1901): Exophtalmie bilatérale très nette; les yeux paraissent assez gros, brillants et d'une fixité de regard à peu près complète.

Le cœur paraît normal, peut-être un peu augmenté de volume. Le pouls donne 120 pulsations.

La palpation très attentive du cou fait percevoir une légère augmentation de volume du lobe droit du corps thyroïde. La malade ne s'en était pas aperçue.

Le tremblement existe très net, généralisé.

L'appareil digestif est très atteint; la malade s'alimente à peine; elle se plaint d'une diarrhée rebelle à tous les traitements.

Elle a toujours trop chaud, même en hiver, où elle est obligée de coucher sans édredon et sans sa couverture; il lui faut des chambres sans feu, et encore elle est obligée d'ouvrir la fenêtre.

Traitement: Bromure à la dose de 2, puis 4 grammes pendant 15 jours. Les accidents de nervosisme sont heureusement influencés. Elle prend des tablettes de thymus, tablettes Vigier. Au mois de juin, elle part pour Bourbon-Lancy. Grande amélioration.

En janvier 1902, elle a de nouvelles contrariétés. Aggravation de la maladie. Goitre augmente de volume, amaigrissement, essoufflement.

OBSERVATION XVI

Thèse de CHAMAILLARD (1901-02), Paris. — Maladie de Basedow.

Delphine Garret, âgée de 62 ans, ménagère, entre le 29 mai 1902 dans le service de M. le docteur Huchard.

Pas d'antécédents héréditaires. Pas d'antécédents personnels; a eu 6 enfants, dont 4 sont vivants et bien portants; les deux autres sont morts en bas âge de convulsions.

Histoire de la maladie: Elle aurait débuté, il y a quelques mois, par des vertiges, qui apparaissaient à de longs intervalles et étaient peu fréquents.

Etat actuel: Malade très affaiblie; a perdu 40 livres depuis le mois de janvier, soit en cinq mois; faiblesse très grande des jambes, exophtalmie marquée, tremblement vibratoire très net. Léger goitre du lobe droit du corps thyroïde.

La malade fait remonter l'apparition de ce goitre au mois de janvier 1902.

Tachycardie; le pouls bat entre 128 et 130 pulsations à la minute.

L'appétit est conservé; la soif, exagérée. Pas de diarrhée. Pas de transpirations.

Insomnie et agitation.

Traitement : Anolécithine et X gouttes de digitaline au 1/1000°.

OBSERVATION XVII

Thèse de GIROD (1903-04), Paris. — Maladie de Basedow à forme fruste.

P. . . , 43 ans, courtier.

Envoyé à l'hôpital pour troubles cardiaques, se plaint d'oppression avec palpitations cardiaques.

Cœur : pointe bat dans le sixième espace; battements irréguliers, d'intensité variable.

Arythmie notable.

Pouls, 116-128, petit, faible, irrégulier et inégal.

Tremblement.

Goitre bilobé.

Pas d'exophtalmie.

OBSERVATION XVIII

Thèse de GIROD (1903-04), Paris. — Maladie de Basedow à forme fruste.

Madame T..., 41 ans, couturière, vient se consulter à l'hôpital Lariboisière au mois de juin 1901. Elle se plaint de fatigue générale avec affaiblissement et perte de poids, d'anorexie avec diarrhée et d'accès de palpitations.

Antécédents héréditaires: Père mort à un âge avancé, de maladie inconnue. Mère bien portante.

Antécédents personnels: Variole et rougeole dans la première enfance.

Réglée à 17 ans. A 21 ans, première et unique grossesse, normale ainsi que l'accouchement; l'enfant est vivant et bien portant.

A 23 ans, fièvre typhoïde, guérie après six semaines.

A l'âge de 40 ans, métrorragie abondante pendant douze jours, à la suite d'une contrariété violente. Néanmoins, l'état général était satisfaisant et la malade travaillait régulièrement. Embonpoint moyen; poids, 67 kilogr. Caractère gai, un peu vif et nerveux, mais sans excès.

Histoire de la maladie: En mai 1901, la malade est prise de toux et de vomissements alimentaires qui se produisent tous les trois jours.

Elle perd l'appétit, devient extrêmement agitée jour et nuit, avec polypnée et angoisse précordiale. Une hémoptysie se produit et, après un court séjour à la Charité, la malade se présente à Lariboisière.

Un peu avant, la malade s'est aperçue, en lisant son journal, que ses mains tremblaient.

Etat clinique: La malade est extrêmement nerveuse et vive. Elle parle précipitamment avant même qu'on l'interroge.

L'œil est brillant, très légèrement saillant, donnant à la physionomie une expression étrange.

L'état général est précaire; maigreur assez accentuée.

Le cou est légèrement augmenté de volume en avant. La malade ne s'en est pas aperçue. Hypertrophie faible du corps thyroïde.

Le tremblement est caractéristique : menu, rapide, vibratoire, intéressant tout le corps.

Crises de diarrhée fréquentes, en débâcle. Thermophobie. Boulimie. Vomissements.

Troubles menstruels. Atrophie des glandes mammaires.

Troubles de l'appareil circulatoire très marqués. Matité cardiaque augmentée, arythmie; les battements sont rapides; la tachycardie atteint 120 pulsations.

Traitement: La digitale donne une amélioration réelle, mais transitoire.

L'extrait de corps thyroïde de mouton paraît augmenter tous les symptômes et notamment la cachexie.

OBSERVATION XIX

Revue neurologique, Paris 1904. — Deux cas de goître exophtalmique fruste avec troubles psychiques (torticolis mental et psychasténie),
par M. A. CANTONNET.

Femme de 47 ans qui, dès l'âge de 11 ans, a été poursuivie par les désirs incestueux de son père. La mère meurt lorsqu'elle a 30 ans. Les désirs de son père sont de plus en plus violents; elle lui cède.

A 35 ans, un enfant lui naît; il meurt en nourrice, de maladie indéterminée.

A 36 ans, ses règles se suspendent et elle croit de nouveau être enceinte. Ses inquiétudes deviennent très grandes. Un jour, elle tombe dans un état de torpeur complet, puis est atteinte d'un délire presque continu; elle pense que son père, ses frères veulent l'assassiner, qu'il y a le feu à la maison.

Elle reste sept ans à Charenton; elle sort guérie, tout au moins débarrassée de ses hallucinations. Six mois avant sa sortie, elle remarqua que ses yeux avaient grossi, qu'ils devenaient plus saillants. En même temps apparaît son torticolis.

Etat clinique: Tachycardie légère: 85 pulsations.

Tremblement menu et vertical.

Légère hypertrophie du corps thyroïde. Légère exophtalmie.

La tête est rejetée en arrière et inclinée à droite; cette attitude permanente s'exagère avec tremblement par l'émotion. Elle peut se redresser un peu par un effort de volonté.

OBSERVATION XX

Revue neurologique, Paris 1919. — Goitre exophtalmique héréditaire et familial, par SOUQUES et Jacques LERMOYEZ.

Louise B..., née M..., mariée, trois enfants, 49 ans.

Bien portante jusqu'en 1903. Après son dernier accouchement, elle constate de l'exophtalmie et une grosseur de la face antérieure du cou. Cette grosseur atteint son maximum en 1913; elle avait 43 ans.

En 1914, à la suite d'une grippe, elle voit son goitre augmenter de volume. Elle consulte un médecin qui fait le diagnostic « goitre exophtalmique » et lui ordonne de l'hématoéthyoïdine. Son état s'améliore; l'exophtalmie et le goitre diminuent.

En 1916, la malade cesse d'être réglée (elle l'était mal depuis 1900); elle a des crises de diarrhée aqueuse, indolores, venant brusquement, sans écart de régime, tous les deux ou trois mois, durant de deux à trois jours.

En octobre 1918, la malade, ayant remarqué qu'elle tremblait, vient se consulter.

Elle présente une légère hypertrophie du corps thyroïde.

Exophtalmie légère avec pupilles égales, réagissant bien, sans mydriase.

Tremblement très modéré, mais net.

Tachycardie (124-130), éréthisme vasculaire avec battements carotidiens.

La malade se plaint de palpitations augmentées par l'émotion et calmées par le repos, de crises de diarrhée, de sueurs abondantes, surtout le matin, de crampes dans les mollets.

OBSERVATION XXI

Revue neurologique, Paris 1919. — Goitre exophtalmique héréditaire et familial, par SOUQUES et Jacques LERMOYEZ.

Jeanne W..., née M..., 41 ans, mariée, pas d'enfants.

Antécédents personnels : fièvre typhoïde à 3 ans, du somnambulisme vers l'âge de 12 ans, qui a cessé spontanément en un an, une pneumonie à 20 ans; en 1897, enfant mort-né à la suite d'un accouchement laborieux.

Histoire de la maladie: Depuis la guerre, la malade ayant dû assurer seule l'industrie de son mari mobilisé, a constaté chez elle, à la suite de ce surmenage, un changement de caractère : irritabilité, émotivité et sensibilité extrême.

Le 30 janvier 1918, dans sa cave, pendant le premier raid de gothas sur Paris, elle fut prise d'un tremblement intense et généralisé et de palpitations pénibles. Ces phénomènes cessent avec le repos et réapparaissent à la suite d'une fatigue ou d'une émotion. Amaigrissement, fatigue généralisée, tombe sans raisons et se relève difficilement.

En février 1918, son médecin lui trouve de l'exophtalmie et un goitre ; maladie de Basedow. Traitement : opothérapie ovarienne, hémato-éthyroïdine, régime déchloruré. Pas de sucre, pas d'albumine ou traces indosables. Avec ce traitement, la malade s'améliore, les symptômes s'atténuent et elle reprend du poids.

En août 1918, notre malade a une crise diarrhéique qui dure trois semaines avec dynamie et fièvre. Elle cesse son traitement ; elle s'affaiblit ; le dérobement des jambes devient de plus en plus fréquent ; les crises diarrhéiques se renouvellent ; les matières sont abondantes, séreuses, sans odeur.

Le 21 septembre 1918, elle va à la Salpêtrière. Emotivité extrême, agitation, tremblement intense et généralisé; congestion de la face. Elle accuse un appétit considérable; elle n'a pas eu ses règles depuis le 30 janvier 1918.

Elle présente : légère exophtalmie, avec pupilles égales, sans mydriase et avec réflexes conservés.

Hypertrophie du corps thyroïde, tremblement, tachycardie, érétisme vasculaire.

Pression artérielle: 16/8 au Pachon.

OBSERVATION XXII

Thèse de COLLON, Bordeaux (1901-02). — Étude sur le traitement de la maladie de Basedow par les injections intra-thyroïdiennes d'éther iodoformé.

Observation du Professeur Pitres. (Résumé).

Francesca W..., âgée de 54 ans. Mère très nerveuse, morte à 36 ans, sœur qui a eu vers l'âge de 48 ans des accidents nerveux.

Mère de 7 enfants. Aurait eu des chagrins occasionnés par des soupçons injustifiés de son mari sur sa conduite. Son mari lui fit quelques scènes de jalousie qui l'émurent vivement. Alors, apparurent les tremblements.

Il y a cinq ans, elle sentit une sensation d'étreinte au niveau du cœur et s'aperçut que son cou grossissait. Ses règles étaient très douloureuses et abondantes. Les douleurs ont disparu, la faiblesse est devenue plus grande, sa mémoire a diminué ; elle oublie d'un instant à l'autre ce qu'elle vient de faire.

Etat actuel le 16 juin 1897. Léger amaigrissement ; le malade répond sans fatigue aux questions qui lui sont posées. Cependant, un examen plus attentif montre très nettement un tremblement des extrémités des membres supérieurs et une légère hypertrophie du corps thyroïde (v. plus haut étude du tremblement). Dimension du cou, le 21 juillet 1897 : 36 cent.

Le cœur est animé de battements rapides, réguliers. Légère tachycardie. 104 battements. La malade a eu des palpitations, des essoufflements. Le cœur ne paraît pas hypertrophié ; on ne voit ni on ne sent battre la pointe.

Traitement: 18 juin. Première injection d'éther-iodoformée, faite sans accidents.

21 juin : deuxième injection.

24 juin : Troisième injection. Faiblesse plus grande ; tremblements persistants ; le corps thyroïde paraît diminué. Etat général peu amélioré.

7 juillet : corps thyroïde diminué ; tremblement rapide ; faiblesse grande.

17 juillet : corps thyroïde diminué ; pouls : 84 ; tremblement rapide ; cou : 32 centimètres.

OBSERVATION XXIII

Thèse de COLLON, Bordeaux (1901-02). — Étude sur le traitement de la maladie de Basedow par les injections intra-thyroïdiennes d'éther iodoformé.

Observation de M. le Professeur Pitres.

Geneviève B. . . a 48 ans. Ménopause il y a cinq ans. La maladie remonte à trois ans : à cette époque, l'estomac, la tête, la gorge la font souffrir : tantôt elle a la sensation d'une pesanteur à l'estomac ; tantôt elle a des crises nerveuses. L'exophthalmie est légère, plus marquée à l'œil droit : le bord libre de la paupière supérieure est tangent à la circonférence de l'iris du côté droit. A gauche, il le recouvre normalement. Actuellement, le tremblement est manifeste.

Pouls : 152.

Le corps thyroïde est plus volumineux, mais cependant facilement accessible à la palpation.

Les céphalées sont fréquentes et violentes.

Elle ressent souvent des bouffées de chaleur et présente une sudation exagérée. Elle a vu ses seins diminuer de volume depuis sa maladie et les poils des aisselles sont entièrement tombés.

D'une irritabilité extrême, son caractère a changé et devient insupportable à son entourage. Le 28 juin, on pratique la première injection d'éther iodoformé à la partie médiane du corps thyroïde.

Au moment où on retire l'aiguille, la malade éprouve de la gêne pour parler ; quelques jours après (5 juillet), elle présente une voix bitonale, éteinte. Elle n'éprouve pas de gêne dans la déglutition, mais elle s'engoue en buvant. Un examen laryngoscopique décèle une immobilisation de la corde vocale gauche dans la position médiane, par suite d'une lésion du nerf récurrent gauche.

Le 20 juillet, le tremblement des mains a sensiblement diminué.

Le cou ne présente pas de tuméfaction.

La tachycardie a diminué. Pouls : 120.

OBSERVATION XXIV

Thèse de COLLON, Bordeaux (1901-02). — Étude sur le traitement de la maladie de Basedow par les injections intra-thyroïdiennes d'éther iodoformé.

Observation de M. le Professeur Pitres.

Madame D... a 50 ans, elle habite Marmande.

Ni aliénés ni épileptiques dans sa famille.

Mère de deux enfants bien portants.

Elle a cessé d'être réglée en août 1895. Vers le mois d'avril de la même année, elle s'aperçut que son cou était gonflé, puis trois mois après, des battements de cœur apparurent. Ces symptômes ont toujours persisté ainsi que le tremblement. N'a jamais eu de diarrhée. Le caractère ne s'est pas modifié. Des céphalées se montrèrent pendant un an.

Etat clinique, 20 novembre 1896 : Femme petite, maigre, chétive, se plaignant d'un tremblement général, de palpitations de cœur et de toux.

L'exophtalmie est manifeste, les yeux sont saillants également des deux côtés, le regard est étrange. La vision est bonne.

Goitre assez volumineux s'étalant au-devant de la trachée et plongeant des deux côtés. Il n'est pas pulsatile ; il est peu résistant.

Les palpitations de cœur sont continuelles. Elle marche peu à cause de l'essoufflement.

Le pouls est à 146 : il n'y a ni souffle, ni hypertrophie cardiaque.

La toux survient par quintes pendant la nuit ; pas d'expectoration, quelques glaires.

Le tremblement consiste en des vibrations généralisées à tout le corps.

Les poils du pubis et des aisselles sont tombés. L'appétit est bon, les digestions faciles. Ni sucre ni albumine dans les urines.

Traitement: 21 novembre 1896. Le pouls ne bat plus qu'à 128 pulsations.

A huit jours d'intervalle, on pratique huit injections. Au mois de mars 1897, amélioration notable ; le goitre a diminué de volume, mais il est plus dur.

Le tremblement persiste avec les mêmes caractères, mais plus faible. La saillie des yeux est moins marquée. Elle peut s'occuper de son ménage et monter les escaliers sans avoir des palpitations douloureuses.

CHAPITRE II

Nous venons d'exposer 24 observations se rapportant à des personnes âgées de plus de 40 ans ; 12 observations à des personnes de 40 à 50 ans ; 8 à des personnes de 50 à 60 ans, et 4 à des personnes de plus de 60 ans. Nous en citons encore d'autres, plus haut.

Après cet exposé, il nous est difficile d'admettre sans réserve la notion classique : « La maladie de Basedow, dit-elle, est une maladie de l'âge moyen de la vie, rare après 40 ans, exceptionnelle après 60. » Les 24 observations nous autorisent à dire aujourd'hui : « La maladie de Basedow existe à tout âge et même à l'âge le plus avancé. »

Mais il est juste de faire une distinction entre le syndrome basedowien observé chez les personnes jeunes, et celui constaté chez les personnes âgées ; ils diffèrent surtout par suite de l'absence de tel ou tel symptôme, ou par suite de la prédominance de tel ou tel autre. Chez les jeunes, nous trouvons les quatre symptômes classiques : goitre, exophtalmie, tachycardie, tremblement. Chez les vieux, tachycardie et tremblement sont des signes prépondérants : goitre et exophtalmie des signes soit inexistants, soit secondaires. Chez les premiers, les quatre symptômes cardinaux sont suivis de nombreux signes secondaires, tels que : diarrhée paroxystique, boulimie, sueurs généralisées ou localisées, insomnie, toux quinteuse sans expectoration ni signes physiques. Chez les autres, ces symptômes secondaires, surtout les troubles vaso-moteurs et la dyspepsie, ont tendance à prendre une place prépondérante. Enfin,

chez les uns et chez les autres, nous trouvons un symptôme commun très accentué : le mauvais état général.

Les auteurs classiques ont décrit tous ces symptômes. Ils ont même divisé la maladie en plusieurs degrés : basedowisme, forme fruste, forme complète. Ils citent ainsi des observations se rapportant à des personnes de 20 ans à côté de celles de 50 ans. En France, Charcot et Trousseau ont les premiers, étudié la maladie de Basedow, en général ; mais, ils avaient pressenti qu'il pourrait y avoir des formes frustes : « Plusieurs malades, dit Trousseau, viendront vous consulter pour des palpitations de cœur, mais vous serez surpris de l'étrangeté de leur regard, de la saillie de leurs yeux. » Marie, le premier, décrivit les formes frustes ; il déclara que le goitre et l'exophtalmie n'étaient pas nécessaires pour faire le diagnostic de cette maladie. Il cite 19 observations, mais ne distingue pas les formes frustes des personnes âgées. Après lui, Girod, dans sa thèse (Paris 1903-04) décrivit les formes frustes en s'attachant surtout à décrire la tachycardie ; pas plus que son maître, il ne s'est intéressé à l'âge des malades. En 1913, Alquier publiait une étude sur : « Trente cas de basedowisme fruste ou névrose vaso-motrice. » Il fait rentrer dans la même étude les malades de 18 et de 60 ans. En 1921, M. Sainton, dans sa conférence, réserve à peine quelques lignes aux formes frustes et s'attache surtout à démontrer la nécessité du diagnostic par le laboratoire. Pour nous, après l'exposé et l'étude des observations précédentes, après les constatations faites dans les publications diverses des journaux médicaux, il nous semble rationnel de dire : chez les personnes jeunes, le goitre exophtalmique peut revêtir des formes frustes ou des formes classiques ; chez les personnes âgées, le goitre exophtalmique existe, mais il se présente toujours sous des formes frustes, le goitre et l'exophtalmie faisant défaut le plus souvent. Dans le syndrome basedowien tardif, on peut faire les constatations suivantes relatives aux principaux symptômes observés.

Tremblement.

Le tremblement est un des symptômes les plus constants. Il fut remarqué dès le début par Charcot (1862), puis par Trousseau : « En 1856, au mois d'août, dit-il en parlant d'un malade, elle maria sa fille ; elle avait toujours conservé une grande susceptibilité nerveuse, aussi ne put-elle signer au contrat, tant était grande l'agitation de sa main. » Marie, en 1883, déclara que le tremblement est à peu près constant dans la maladie de Basedow, et que, même si dans le moment où on examine le malade on ne le constate pas nettement, les renseignements que l'on recueillera prouveront du moins que ce tremblement a existé à une certaine époque de l'affection, qu'il se produit dans certaines circonstances et peut même être provoqué dans certaines positions. Marie en a fait une étude macroscopique et microscopique. En 1902, Pitres, dans une étude publiée dans une observation de la thèse de Collon, a bien étudié ce symptôme. Après eux, le tremblement a été considéré comme un symptôme principal de la maladie et on n'a rien ajouté à leur description. En effet, il existe dans presque tous les cas ; mais nous croyons qu'il est surtout marqué chez les personnes âgées, dans les formes tardives. C'est ce que les classiques n'ont pas constaté. Comme preuve de notre affirmation, nous ferons simplement remarquer ce fait : Marie étudie le tremblement sur 19 malades. Sur ces 19 malades, 7 sont âgés de plus de 40 ans, 9 de moins de 40 ans, et il n'indique pas l'âge des trois autres. Trousseau, quelques années avant, l'avait constaté chez une femme qui assistait au mariage de sa fille, par conséquent assez âgée. Pitres l'étudie chez une femme de 54 ans. (Observation XXII).

Si le tremblement existe d'une façon constante, son intensité est des plus variables. Tantôt il est tellement développé, tellement prédominant sur les autres symptômes que c'est lui seul qui attire l'attention du malade (observation XVIII). « Le malade s'aperçoit un jour que ses mains trem-

blaient, en lisant le journal). Parfois, le tremblement est beaucoup moins prononcé ; il ne se révèle pas de lui-même à l'examen du médecin ; il faut que celui-ci le recherche en mettant le malade dans les conditions où ce tremblement est le plus facilement observé. Dans certains cas enfin, il peut arriver qu'au moment où on examine le malade, on ne le constate pas, mais si on s'informe de l'existence de ce symptôme on apprend qu'il a existé pendant un certain temps, qu'il se reproduit même dans certaines circonstances. Dans les cas où le tremblement est bien accentué, il semble que le malade se trouve dans un état de vibration perpétuelle. Qu'il soit debout ou assis, tout son corps est agité d'une trémulation continue. « Tremblement généralisé, dit Marie, (observation VII), agitant tout le corps et très perceptible quand le malade a quitté sa chemise. On voit alors tous les muscles du tronc animés d'un tremblement analogue. » Il est facile de se rendre compte de cette trémulation générale. Il suffit pour cela de mettre les deux mains sur les épaules du malade et on perçoit facilement les oscillations rapides dont tout le corps est animé ; elles semblent se faire dans la position verticale. Dans les cas où ces oscillations ne sont pas aussi accentuées, on peut le constater grâce aux mouvements des cheveux, ou bien, comme le dit Marie, en visant attentivement un point fixe situé sur le prolongement d'une ligne passant par le sommet de la tête du malade ; on voit alors celle-ci se déplacer au-dessus et au-dessous de cette ligne imaginaire. Tous les muscles sont animés de mouvements fibrillaires. « On constate ainsi, dit Marie, du tremblement fibrillaire dans les muscles des quatre membres, mais point à la figure ni dans la langue. »

Dans certains cas, le tremblement est localisé aux extrémités. Au membre supérieur, il peut être visible même quand les mains sont appuyées sur les genoux ; parfois on est obligé de faire étendre la main au malade. On constate alors que le membre tout entier est animé de petites oscil-

lations rapides dont l'amplitude varie suivant les sujets : ce tremblement ressemble un peu au tremblement alcoolique. Du côté des membres inférieurs, le tremblement est aussi facilement appréciable. Il est surtout visible quand on fait asseoir le malade, les jambes fléchies à angle droit, et reposant sur le sol seulement par la pointe du pied. C'est là un mode spécial de favoriser le tremblement du membre inférieur que l'on peut mettre en usage quand celui-ci n'est pas spontanément constatable.

Le tremblement des membres inférieurs peut gêner la marche (observation VIII, le malade est obligé de s'appuyer). Aux membres supérieurs, ces troubles gênent bien plus les malades, parce qu'ils les rendent maladroits et les obligent à quitter leur métier, surtout quand ce métier est délicat comme celui de couturière ou de passementière. Non seulement les malades n'arrivent pas à faire un point, mais encore ils se piquent les doigts.

Parfois les secousses sont si intenses qu'il devient impossible de compter les pulsations radiales.

Associé à l'émotivité et à l'excitabilité de ces malades, ce tremblement est gênant pour la parole. La voix de ces malades est hachée, saccadée, précipitée, aboyante. Ce tremblement peut être inconstant ; mais il atteint sa plus grande intensité au cours des accès de palpitations : telle, cette femme citée par Marie (observation VIII) qui faisait trembler les personnes sur lesquelles elle s'appuyait.

En résumé le tremblement est menu, rapide, vibratoire, ayant 10 vibrations par seconde. Voici les paroles de M. Pitres, à propos de l'observation d'une malade de 54 ans. « Le tremblement est bref, les oscillations qui le constituent ont une faible amplitude, mais toutes très rapides. Ce tremblement existe sur tout le corps, mais s'observe plus facilement aux extrémités des membres. A la main, les oscillations semblent avoir lieu autour de l'articulation du poignet, par conséquent, dans un plan perpendiculaire au plan

de la main elle-même. Les doigts ne semblent pas avoir de trépidation indépendante, ils suivent le mouvement.

Aux extrémités inférieures, les trépidations se font au niveau de l'articulation tibio-tarsienne. Les trépidations qui animent les deux segments du membre supérieur ont pour axe l'articulation de l'épaule, mais l'amplitude augmente à mesure qu'on s'éloigne de cette articulation pour atteindre son maximum à l'extrémité des doigts. Aux membres inférieurs, même observation. Sur le tronc les trépidations sont difficiles à percevoir à la vue, mais à la palpation, on ressent très bien le mouvement vibratoire, surtout si on applique la main sur le pourtour de la cage thoracique. Sur l'abdomen elles sont très atténuées par la souplesse des viscères.

Lorsqu'on fait coucher la malade, le tremblement s'atténue au point de devenir imperceptible et de disparaître presque totalement du moins pour le tronc. Cette disparition se fait par la même voie que suit l'amplitude des oscillations, c'est-à-dire en allant du tronc vers les extrémités.

Le tremblement des deux côtés du corps paraît, sous les conditions normales, soumis aux mêmes lois. Néanmoins, il peut être exagéré d'un côté sans que l'autre côté s'en ressente.

Lorsque la malade tient un objet pesant dans la main, le tremblement s'exagère. Les émotions en augmentent considérablement la violence et l'amplitude. Il s'exagère encore dans des mouvements intentionnels.

La malade qui a dû abandonner les travaux d'horlogerie, peut cependant accomplir les actes essentiels de la vie ; elle boit et mange seule, etc. Elle peut, d'ailleurs, diminuer par la volonté l'intensité de son tremblement. Lorsque son attention est attirée par un autre objet, le tremblement s'atténue encore. Pendant le sommeil, il disparaît presque complètement. Quand la malade tient un objet fixe, la portion de la main en contact avec l'objet paraît immobile, mais le reste du membre oscille autour du point fixe et d'autant plus que l'on s'éloigne de ce point.

La marche, la promenade n'ont aucune influence sur ce tremblement. Les jambes peuvent accomplir leur mouvement sans aucune gêne ; le tremblement passe alors imperçu. Mais, dès que la malade s'arrête, les trépidations reparaissent. »

L'étude graphique de ce tremblement a été faite par Marie : il l'a distingué ainsi de tous les autres, notamment du tremblement sénile, alcoolique, parkinsonien et de celui de la paralysie générale. Ce qui permet encore de poser son diagnostic, c'est sa coexistence avec la tachycardie.

Tachycardie.

C'est un symptôme objectif ; elle peut être minime au repos, elle augmente notablement au moindre mouvement, au moindre effort, à la moindre émotion. Les pulsations radiales peuvent aller jusqu'à 150 par minute pour diminuer quelques instants après ; c'est ainsi que la malade de l'observation XXIX a 140 pulsations au moment de l'examen, 120 après ; la malade de l'observation XXX, 105 dans le décubitus dorsal, 160 debout.

Cette tachycardie se complique le plus souvent d'arythmie ; les battements sont désordonnés, tumultueux, et toujours très fréquents. Elle peut évoluer pendant de longues années sans s'accompagner d'œdème, les malades s'en plaignent, mais elle ne s'accompagne pas d'impotence fonctionnelle, la période de décompensation ne survient que très tard.

Pour examiner le cœur, on peut ralentir les pulsations soit par les injections de solution de pilocarpine, soit par l'injection d'une solution d'adrénaline au millième. Les résultats sont variables : certains sujets sont réfractaires à l'une et sont sensibles à l'autre, d'autres réagissent aux deux. Plus simple et moins pénible est l'épreuve du réflexe oculo-cardiaque. On comprime les globes oculaires et on compte le nombre de pulsations. Il y a un ralentissement

d'environ 10 pulsations par minute, parfois même, d'après Sainton, 52 pulsations.

Le choc du cœur est brusque ; sa matité n'est pas accrue dans la majorité des cas, et il ne présente que des troubles fonctionnels. Dans certains cas, il peut exister une lésion matérielle de l'organe se révélant par des souffles. Germain Sée a fait remarquer que le souffle systolique de la pointe pourrait être l'indice d'un fonctionnement incomplet des muscles papillaires, lequel amènerait d'une façon passagère une insuffisance relative de la valvule mitrale. Dans le deuxième espace intercostal droit, à l'orifice de l'artère pulmonaire, le souffle se rapproche par ses caractères et sa localisation du souffle d'anémie. Les souffles diastoliques de la base sont des signes de l'insuffisance aortique. D'après Germain Sée, la valvule mitrale serait épaissie et indurée ; les valvules aortiques insuffisantes. En effet, d'après les constatations radiographiques de Sainton, l'aorte des basedowiens est toujours un peu plus volumineuse que chez les personnes du même âge.

A ces troubles objectifs, se joignent certains symptômes subjectifs. A la suite d'émotions, d'efforts, ou sans cause connue, le malade éprouve une gêne intra-thoracique, surtout à gauche ; bientôt, il a la sensation que son cœur bat précipitamment, et cette sensation est douloureuse, d'une douleur sourde, réveillant le malade pendant la nuit. Ces troubles constituent les palpitations ; c'est sur leur constatation que repose surtout le diagnostic.

Ces palpitations offrent, le plus souvent, le tableau de l'angine de poitrine. Girod (thèse de Paris, 1904-05) reconnaît trois phases à cette crise circulatoire : 1° Début brusque, caractérisé outre l'accélération du pouls par une douleur précordiale d'intensité variable, irradiant parfois vers le cou au niveau duquel le malade ressent une certaine constriction en même temps qu'il éprouve un peu de vertige avec éblouissement du regard ; 2° Pendant l'accès, lassitude générale avec sensation de plénitude intra-thora-

cique ; 3° La fin est brusque, également annoncée par quelques baillements et quelques douleurs lancinantes dans la tête.

Si la tachycardie atteint un chiffre élevé et dure un certain temps, l'ensemble des troubles circulatoires atteint l'asystolie par surmenage cardiaque et dilatation fonctionnelle. Mais, au lieu de la marche chronique, progressive, propre aux cardiaques, aux rémissions et aggravations successives, nous avons dans l'asystolie basedowienne une marche presque aiguë (observation XXVI). De plus, la digitale n'a pas d'action chez ces malades, ou n'a qu'une action éphémère.

Les carotides et les artères voisines sont le siège de battements très violents. Ces battements carotidiens et les souffles vasculaires indiquent la force, la violence, de l'impulsion cardiaque, et l'excitation circulatoire toute spéciale localisée presque à la région cervicale.

État général.

Un des symptômes qui fait partie du signalement des basedowiens est leur maigreur. L'amaigrissement est un des signes initiaux de la maladie ; il en précède souvent de longtemps les manifestations évidentes. Parfois il survient par crises ; en quelques semaines les malades perdent 5 à 6 kilos, puis la crise cesse, l'état général s'améliore jusqu'à ce que survienne un nouvel accident. Le plus souvent, l'amaigrissement est progressif, il évolue parallèlement avec les autres symptômes de la maladie et s'accompagne de troubles digestifs et de diarrhée profuse. Cet amaigrissement est considérable ; il aboutit à la cachexie basedowienne. Le malade cité par Marie (observation VII) était obligé de mettre sur son siège de la poudre d'amidon et un oreiller, pour ne pas s'écorcher, tellement son amaigrissement était prononcé. Le malade cité par Chamaillard avait perdu 40 livres en cinq mois. Le basedowien est un prodi-

gue qui absorbe et dépense sans compter ; il utilise mal ce qu'il apporte à son organisme.

A cela s'ajoute de l'insomnie qui peut durer de longues années, quinze ans dans le cas de l'observation XI.

Leur température n'est pas très augmentée, 37° à 37°5.

Ce mauvais état général a pu faire errer pendant longtemps le diagnostic, car il coexiste souvent avec d'autres signes secondaires. Le basedowien a pu être considéré comme un tuberculeux, un dyspeptique, un entéritique, un neurasthénique.

Troubles respiratoires.

Le nombre des respirations a augmenté. Le malade tousse, une petite toux quinteuse, spasmodique sans expectoration, se produisant parfois à toute heure, d'autres fois au lit, tous les soirs. Il faut ausculter soigneusement ces malades, car en général ils n'ont pas de lésion pulmonaire, mais il faut aussi penser que la tuberculose et le goitre exophtalmique peuvent coexister.

Troubles digestifs.

Les troubles digestifs prennent une place prépondérante et ce qui leur donne un aspect spécial, c'est leur extrême variabilité, le caractère désordonné de leurs manifestations. Ils peuvent aller de la boulimie à l'anorexie, de la diarrhée à la constipation. Certains jours, ils éprouvent des fringales identiques à celles des hyperchlorhydriques ; ils mettent sur leur table de nuit la nourriture qu'ils mangeront jusqu'au lendemain matin, ou bien, ils sont obligés de se lever, réveillés par un besoin irrésistible de manger (observation XII). Cela peut durer plusieurs jours ou bien cela revient par accès. D'autres fois, l'anorexie remplace la faim dévorante. Les digestions sont lentes, pénibles, avec fermentation. Elles peuvent s'accompagner de vomissements.

Pour l'intestin, mêmes alternatives de diarrhée aqueuse et de constipation, de spasme et d'atonie. Ces diarrhées peuvent être persistantes (observations VII, XXI) ; en général, elles sont passagères et ne durent que quelques jours, cinq à six jours par mois (observations XVIII, XX). Mais toujours, le caractère essentiel de cette diarrhée, c'est d'être paroxystique et de n'être généralement pas accompagnée de coliques. Le matin, le malade va à la garde-robe d'une façon tout à fait normale, puis, 2 à 3 heures après, sans aucun motif, il est pris d'un besoin intense, et pendant l'espace de quelques heures, il a deux, trois, quatre selles liquides, puis tout rentre dans l'ordre jusqu'à nouvelle attaque de diarrhée qui survient quelques jours ou quelques semaines plus tard. Ce symptôme doit être considéré comme un des principaux, non comme un fait accidentel.

Parfois, au contraire, on observe de la constipation (observation XI).

Troubles nerveux et mentaux.

Les malades, gênés surtout par leur dyspepsie, le sont encore bien plus par les troubles nerveux. Nous avons déjà décrit le tremblement, parce que c'est un symptôme principal et parce qu'il ne fait jamais défaut. Nous signalerons à présent quelques légers troubles, plus inconstants. La mobilité peut être atteinte et on peut observer des phénomènes d'ordre paralytique. Ceux-ci sont légers : instabilité des mains et impotence transitoire des membres (faiblesse très grande des jambes, observation X), gêne dans le travail et modifications de l'écriture. Cantonnet cite le cas d'une malade qui tenait la tête rejetée en arrière et à droite. « Cette attitude permanente s'exagérait avec tremblement par l'émotion ; elle pouvait se redresser un peu par un effort de volonté ». (Observation XIX). Chrostek, cité par Ballet, rapporte l'histoire d'un malade âgé de 48 ans qui présentait les principaux symptômes de la maladie de Basedow.

Cet homme était obligé de soutenir sa tête avec les mains lorsqu'il voulait lire. Il présentait en outre un état parésique assez prononcé des membres supérieurs et inférieurs à droite ; les muscles de la nuque étaient animés de temps en temps par des secousses cloniques.

L'état mental offre un caractère spécial, et, d'après le Professeur Potain, l'un des principaux caractères de la maladie, c'est le mauvais caractère du malade ; la vie en commun n'est guère possible pour eux. Ils sont d'une humeur toujours inquiète, éprouvent un besoin continu de changer de place, changent sans cesse d'idées et de résolutions et, enfin, ont des colères terribles. Ils sont très émotifs ; le moindre choc moral, un geste, un bruit, la chute insignifiante d'un objet, une simple discussion suffit pour déterminer chez eux une vive émotion avec souvent crise cardiovasculaire. Mais ces malades se rendent compte de leur état ; ils cherchent le calme, la tranquillité ; ils voudraient éviter ces crises pénibles, douloureuses. Ils ne sont pas sûrs de la tranquillité de l'heure qui va suivre ; ils vivent sans cesse dans l'angoisse. A cette angoisse, peuvent s'ajouter des idées noires se rapportant à la mort avec, chez certains, des hallucinations. Tel ce malade cité par Alquier et dont nous rapporterons l'observation plus haut, qui voyait sans cesse des squelettes.

L'intelligence de ces malades n'est pas diminuée, et en causant avec eux, on se rend bien vite compte qu'il n'y a ni aboulie ni faiblesse de l'attention. Ils n'ont pas de troubles de l'affectivité, ni du raisonnement, ni de l'association des idées. Une malade venue à la consultation de M. le Professeur Abadie, malgré la douleur de ses palpitations, ne voulut pas rentrer à l'hôpital de peur de perdre sa place et de ne pouvoir plus gagner sa vie, aussi facilement. Elle préfère prendre chez elle de l'hémato-éthyroïdine qu'elle paye fort cher. Car ces malades veulent guérir. Le myxœdémateux est un ralenti, un indifférent qui ne sait pas, ne veut pas se soigner ; le basedowien, malgré sa fatigue générale

et son angoisse, court les consultations des hôpitaux et ne quitte plus le docteur qui lui promet la guérison. Il va à la campagne, prend des douches froides, prend de la digitale ou de l'hémato-éthyroïdine « qu'il achète au besoin et qu'il paye fort cher ». (Observation XXV). Il n'hésite pas à aller à l'hôpital se faire faire des injections intra-glandulaires d'éther iodoformé ou d'alcool stovainé, bien qu'elles soient très douloureuses.

Troubles vaso-moteurs.

Gênés par leur tremblement, gênés par leur dyspepsie, les basedowiens le sont encore bien plus par leurs troubles vaso-moteurs. Ces derniers se traduisent surtout par des sueurs profuses survenant sans cause appréciable et sans être précédés de frissons. « Le malade a des sueurs très abondantes au moindre exercice ; il est toujours dans un état de moiteur accentuée. » (Marie, observation VII). Il peut exister des sensations de chaleur, de brûlure, surtout pendant la première heure qui suit le repos au lit. Basedow avait bien remarqué ce symptôme et en parlant du malade de l'observation I : « Il avait gardé une telle chaleur dans son sang, dit-il, qu'il s'exposait volontiers à la pluie et au vent et se lavait tout le corps à l'eau froide. » — « La malade accuse une sensation de chaleur qui ne la quitte plus, dit Turgis, observation V ; elle a toujours trop chaud. L'hiver elle dort sans couvertures ; elle laisse toujours ses fenêtres ouvertes. »

Ces troubles vaso-moteurs, ces sueurs profuses surtout localisées aux extrémités sont variables à l'infini, et changent d'un moment à l'autre chez le même sujet. Ils peuvent parfois se compliquer d'altérations de la peau. Roland (Thèse Paris, 1876) rapporte des troubles cutanés : cinq cas de vitiligo, empruntés au traité des maladies de cœur de Freidreich, au Docteur Bertholon, dans le *Journal de Chicago*, et à la thèse du Docteur Raynaud (1875), deux cas d'urticaire chronique.

On peut également trouver des pigmentations diffuses des organes génitaux, du mamelon, des plis articulaires et des replis cutanéomuqueux. L'alopecie, la chute du système pileux sont fréquents dans le goitre exophtalmique. Enfin, il peut y avoir des œdèmes que l'on a souvent qualifiés de myxœdèmes chez les basedowiens ; parfois aussi, mais rarement, cet œdème peut être d'origine cardiaque.

Troubles utérins.

A tous les troubles cités précédemment, s'en ajoutent d'autres chez les femmes âgées de 40 à 50 ans : ce sont les troubles utérins. Certains auteurs, en effet, ont prétendu que les divers incidents de la vie génitale chez la femme, pouvaient faire apparaître le syndrome d'une façon transitoire et ordinairement incomplète. Les auteurs latins avaient constaté que le cou de la jeune fille grossissait après sa défloration : *Non illam nutrix, orienti luce, revisens, æsterno poterit collum circumdare filo.* » (Catulle). Les hommes de science n'attachèrent pas d'importance à cette déclaration de profanes. Malgaigne, le premier, constata ce phénomène : « Chez les femmes mariées depuis plusieurs années, le cou est certainement plus large, et il m'a paru qu'il s'élargissait surtout par l'effet de la grossesse et de l'accouchement. » On s'est aperçu depuis, qu'après la castration, il apparaît un syndrome basedowien incomplet, présentant parfois peu de chose, parfois des troubles tenaces. Schickele (*Méd. Klinich.*, 1914) a signalé « surtout chez les femmes soignées pour endométrite avec hémorragies profuses, l'apparition d'une irritabilité exagérée avec crises vaso-motrices, malaise général, palpitations, céphalée, insomnie. Ces troubles présentent une allure progressive, surtout chez les personnes âgées ; l'examen montre une face rouge alternant parfois avec de la pâleur, le regard inquiet, la peau moite, parfois un léger tremblement et du dermographisme ; le plus souvent tachycardie, même au

repos (100-120), sans cause appréciable ; thyroïde non perceptible, possibilité de lymphocytose et d'éosinophilie. Il s'agit ordinairement de femmes ayant dépassé la quarantaine ; l'auteur conclut que les troubles en question dépendent de l'inactivité ovarienne avec consécutivement augmentation de la pression artérielle et hyperactivité des glandes antagonistes de l'ovaire (thyroïde). L'opothérapie ovarienne agit favorablement en abaissant la tension et régularisant la menstruation. Il est à remarquer que celle-ci est le plus souvent troublée chez les basedôwiennes, mais elle peut l'être en plus ou en moins ». — L'état du système génital, a dit Sainton, a une grosse influence sur le développement du goitre exophtalmique ; d'après une série de recherches faites avec Gastaud et Delestre, l'aplasie génitale a été, à tort, considérée comme la conséquence de la maladie, alors qu'elle lui préexiste. Chez les basedowiennes, il y a deux variétés bien nettes de lésions ovariennes. 1° Chez les jeunes, les signes d'hypoovarie sont manifestes à l'époque pubérale et continuent au delà, le corps thyroïde est et demeure volumineux. 2° Chez les femmes plus âgées, les lésions utéro-annexielles sont acquises et retentissent sur le corps thyroïde, surtout si la malade avait antérieurement un petit goitre. Surviennent une cause provocatrice quelconque, le goitre exophtalmique éclate. »

Pour nous, nous nous bornerons à constater que troubles ovariens et troubles thyroïdiens peuvent coexister chez les basedowiennes de 40 à 50 ans. En effet, chez les femmes citées plus haut, les troubles utérins sont marqués. Les deux malades de Turgis, l'une âgée de 41 ans, l'autre de 46, n'ont plus leurs règles ; la malade de Girod, âgée de 41 ans, a eu au début de sa maladie une métrorrhagie abondante, ayant duré douze jours ; jamais ses règles n'ont été régulières depuis ; ses glandes mammaires se sont atrophiées. La malade de Souques et Lermoyez, âgée de 41 ans, n'a pas eu ses règles depuis un an environ. Alquier (observation XXX, IV) cite une malade qui fut prise de tremblement et de tachycardie, après castration pour fibrome.



En résumé, tremblement, tachycardie, troubles de l'état général, pouvant aboutir à la cachexie, troubles génitaux chez les femmes de 40 à 50 ans, voilà les termes principaux du syndrome basedowien tardif. Le goitre et l'exophtalmie peuvent exister, mais le plus souvent ils sont moins accentués que dans le syndrome basedowien de l'âge adulte.

Goitre.

Le goitre est le plus souvent une révélation pour la malade; parfois il est assez marqué (observation III, XII) ; en général, il se produit par un léger élargissement de la base du cou (observation V, X, XV), parfois il n'existe pas (observations VII, VIII, XI) ou l'augmentation de volume du thyroïde est si peu marquée qu'elle ne peut être appréciée à la palpation. Quand il existe, il subit le contre-coup de toutes les influences agissant sur le système nerveux, ou modifiant la circulation vasculaire ; une crise de colère suffit pour le faire apparaître. Malgré son augmentation de volume, il est exceptionnel de voir des phénomènes de compression, de la gêne de la respiration, parce qu'il constitue une grosseur molle, lisse, unie.

Exophtalmie.

On dit qu'il y a exophtalmie quand le globe oculaire vient toucher le plan passant par la base de l'orbite ; les paupières sont écartées et on distingue un large cercle blanc formé par la sclérotique autour de la cornée. Cela donne au regard un aspect de sauvagerie stupide et hébété. Jamais dans le syndrome basedowien tardif, l'exophtalmie n'est aussi marquée ; tout au plus trouve-t-on chez les basedowiens âgées des yeux un peu plus grands, un peu plus

brillants que d'habitude, ce qui donne parfois à leur regard un aspect étrange ou hagard. Le plus souvent, l'exophtalmie n'existe pas. Telle cette femme citée par Marie, âgée de 76 ans, n'ayant ni goitre ni exophtalmie, qui était pourtant une basedowienne. Teissier (observation II) dit : « Voilà trois ans que la maladie existe et qu'elle présente des caractères suffisamment prononcés pour qu'on ne puisse douter du diagnostic ; mais les yeux n'ont jamais été saillants, et leur expression est restée naturelle. »

Nous n'insistons pas davantage sur ces deux signes, tout à fait secondaires dans le syndrome basedowien tardif.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE I

Nous avons tracé le tableau clinique des malades âgés, atteints de goitre exophtalmique. Voici maintenant, comment on peut soulager et même guérir ces malheureux ; voici surtout quelle est l'action heureuse de l'hémato-éthéroïdine sur ces formes frustes de maladie de Basedow.

**

Le traitement du goitre exophtalmique s'est tour à tour inspiré des doctrines qui expliquaient sa pathogénie. Alors que la maladie de Basedow était considérée comme une névrose, on soumettait les malades au traitement hydrothérapique par les douches froides ; avec cela, repos physique et moral, régime lacto-végétarien. De nombreux succès sont dus à cette méthode. Plus tard, on utilisa l'électricité à courants continus et faradiques. La faradisation surtout semble active, une électrode sur la nuque, l'autre promenée sur la tumeur thyroïdienne, cinq à dix minutes de temps tous les jours.

La médication interne, salicylate de soude, quinine, digitale ont été recommandés avec des résultats inconstants.

Le traitement chirurgical a beaucoup perdu et avec raison. La ligature des artères thyroïdiennes est aujourd'hui délaissée. La thyroïdectomie totale ou partielle, comme pour le goitre ordinaire, n'est employée que dans les cas où le goitre revêt une forme kystique et est rebelle à tous les autres traitements. Jaboulay, en 1896, avait recommandé la section des deux sympathiques. Les résultats furent mauvais. La statistique opératoire que Herbert publia en 1900 n'est pas satisfaisante. Sur 32 cas, on compte 8 guérisons, 14 améliorations, le corps thyroïde restant gros, mais les autres signes basedowiens ayant disparu, 5 résultats incertains et 5 résultats nuls. Une phase d'aggravation immédiate suit l'intervention, puis il se produit une amélioration suivie d'une aggravation nouvelle et ainsi de suite se dessinent des fluctuations en sens opposés. La guérison définitive est exceptionnelle. Elle est trop rare pour autoriser une opération grave qui laisse après elle une cicatrice indélébile (thèse de Lorentz, Lyon 1898-99).

Poncet et Jaboulay ont exposé la tumeur thyroïdienne à l'extérieur sous un pansement protecteur; c'était l'exothyropexie. Les résultats furent fâcheux. Les complications opératoires sont très graves. Plusieurs malades ont été atteints de tétanie stumiprive. Naturellement, ils guérissaient de leur goitre, puisque l'excision en était opérée ; ce sont des cas qui ont été considérés comme guéris, mais les symptômes ne cèdent pas. Cette complication de tétanie est due à l'ablation des glandes parathyroïdes, incluses dans la partie inférieure de la glande. Quant à la glande elle-même, lorsqu'elle est extirpée complètement, une complication plus redoutable, le myxœdème, lui fait suite ; sans être extirpée complètement, l'ablation anatomique peut ne pas être en rapport avec l'ablation physiologique, et la même complication se produit.

En 1889, M. le Professeur Pitres voulut remédier aux inconvénients de l'opération chirurgicale. Il chercha à modifier le tissu lui-même de la glande en faisant des injec-

tions intra-thyroïdiennes d'éther iodoformé. Dans une communication faite au Congrès de médecine de Lille, Pitres faisait connaître les résultats obtenus par ce nouveau traitement. Sur 12 malades ainsi traités par lui, 6 avaient été guéris, 6 améliorés. Nous sommes heureux de pouvoir résumer ici l'article de notre président de thèse, M. le professeur Abadie, qui expliquera, mieux que nous ne saurions le faire, la technique de ce traitement et les résultats qu'on peut en attendre (Abadie et Collon, *Revue neurologique*, 1902) :

« On se sert de la solution suivante :

Ether	20 grammes;
Iodoforme	4 grammes.

» On injecte chaque fois un centimètre cube de cette solution à l'aide d'une seringue de Pravaz. On limite par la palpation la tumeur thyroïdienne; on écarte le paquet vasculo-nerveux du cou avec les doigts de la main gauche et on plante l'aiguille ordinairement tenue comme une plume à écrire. Avant l'injection, il peut y avoir de la part du malade de l'appréhension émotive qui va jusqu'à déterminer du tremblement et des palpitations, de l'augmentation de la tension oculaire, de l'hyperémie conjonctivale. Tout cela manque quand la malade n'a pas d'émotivité anormale. Pendant l'injection, on entend une espèce de bouillonnement comparable à celui qui s'observe dans les cas de pénétration de l'air dans les veines. Il n'est d'aucune importance. On observe encore quelques phénomènes en rapport avec la distension du parenchyme glandulo-vasculaire et de la compression probable de quelques filets nerveux (sensation d'augmentation de volume du cou, constriction de la gorge, sensation de cuissons, de pincements, d'élançements partant de la région cervicale et s'irradiant du côté correspondant de la face, à la mâchoire, à la nuque, à l'oreille. Ils n'inquiètent ni le malade ni le médecin. Après l'injection, le malade ressent une tension plus ou

moins marquée de la région thyroïdienne. Souvent, il éprouve un mauvais goût dans la bouche, que procure le passage de l'iode dans la salive. Il n'y a jamais ni accidents ni complications. »

Ces deux auteurs rapportent 24 cas de maladie de Basedow, les uns graves, les autres légers, tous traités systématiquement, à l'exclusion de toute autre médication, par les injections intra-thyroïdiennes d'éther iodoformé. C'étaient 24 femmes âgées de 15 à 50 ans. Ils obtinrent 12 cas de guérisons ou d'améliorations pouvant en imposer pour des guérisons, 9 cas d'améliorations notables et persistantes, 3 cas d'améliorations passagères. « Le premier syndrome qui diminue est assurément le goitre, puis les autres accidents, tels que la céphalée, l'insomnie, l'agitation persistante, l'irritabilité extrême, la difficulté de la déglutition. L'appétit revient, les fonctions digestives se régularisent, les forces deviennent plus grandes. Aussi, les malades se considèrent comme guéris malgré leurs palpitations, leur exophtalmie et leur tremblement. Ces trois derniers symptômes cardinaux régressent d'une manière progressive et manifeste. Le tremblement disparaît souvent complètement. Les phénomènes subjectifs qui accompagnaient la tachycardie, en particulier l'angoisse précordiale, s'évanouissent; le choc thoracique du cœur, les battements des carotides ne sont plus perceptibles. La tachycardie et l'exophtalmie elles-mêmes sont heureusement influencées; elles rétrocedent toutes deux dès les premières injections. » Collon, dans sa thèse inaugurale (1901-1902), rapporte les 24 observations; nous lui en avons emprunté trois et les avons déjà citées. Pour calmer la douleur vive des injections intra-thyroïdiennes, M. Pitres ajouta 20 centigrammes de cocaïne à la solution d'éther iodoformé. Il employa aussi une solution d'alcool au tiers. Aujourd'hui, l'avenir chirurgical du goitre exophtalmique demeure très précaire; les injections intrathyroïdiennes sont à peu près délaissées, pour la raison que la maladie guérit médicale-

ment, soit par la faradisation quotidienne, soit surtout par l'emploi des préparations opothérapiques, et, en particulier, l'hémato-éthyroïdine.



A Ballet et à Enriquez revient le mérite d'avoir, les premiers, appliqué un traitement médical étiologique de la maladie de Basedow. Ces deux auteurs firent à 12 chiens une injection sous-cutanée d'extrait de corps thyroïde; ils virent apparaître de l'hyperthermie, de la tachycardie, tous les signes de l'hyperthyroïdisation. Cinq chiens succombèrent; les injections, même à distance, augmentaient le volume du corps thyroïde. Ils firent l'examen histologique de la glande et arrivèrent à conclure que le goitre exophtalmique était dû à une hypersécrétion de la glande thyroïde. « Les deux auteurs virent alors l'antithèse qui sépare les deux maladies, dit Pisanté dans sa thèse inaugurale, myxœdème et goitre exophtalmique : à l'état normal, il se formerait dans l'organisme une substance toxique qui neutraliserait la sécrétion thyroïdienne. L'insuffisance sécrétoire, par suite d'une extirpation chirurgicale ou d'une destruction ayant une autre cause, permettrait l'accumulation dans l'organisme de cette substance toxique non neutralisée. Si, maintenant, on suppose, pour une raison ou pour une autre, une exagération de la substance neutralisante sans qu'il y ait suffisamment de substance toxique à neutraliser, cette substance neutralisante, dont les effets à l'état normal sont rendus nuls par la substance toxique de l'organisme, devient nuisible par sa quantité. Dans ces conditions, on pourrait essayer de diminuer les effets de l'hyperthyroïdisation par l'injection d'une certaine quantité de substance toxique à neutraliser. » C'est ce que proposaient de faire MM. Ballet et Enriquez (Congrès de Bordeaux, août 1895, et *Médecine moderne*, 28 décembre 1895); et c'est ce qu'ils firent.

Ils prirent 9 basedowiens, leur injectèrent 4 centicubes 5 de sérum, pour monter progressivement à 15 centimètres cubes. Les injections se faisaient par 3, 5 et 8 jours, suivant les symptômes réactionnels présentés par chaque malade. Ils eurent deux cas de tétanie; quelques accidents sériques (fièvre, urticaire, éruptions diverses, douleurs articulaires), mais, d'une façon générale, tous furent améliorés. Le goitre diminua chez trois malades de 2 centimètres, chez un autre de 6 centimètres; l'exophtalmie qui existait dans trois cas subit une amélioration progressive et manifeste. Le tremblement diminua dans tous les cas. « Ces résultats très encourageants autorisaient à de nouvelles recherches, dit Pisanté, mais les expérimentateurs se sont butés à une série de difficultés : les chiens succombaient rapidement à l'ablation du corps thyroïde ; il leur fallait, de plus, une alimentation spéciale et un local propre. De plus, deux malades avaient eu des accidents locaux et généraux consécutifs à l'injection de sérum. »

Les Français abandonnèrent ces travaux; ils furent repris quelque temps après à la clinique de Leyden, en Allemagne ; Otto Lanz préconisa du lait de chèvre éthyroïdé, Cela permit, tout en appliquant un traitement étiologique, de laisser en vie de nombreux animaux qu'on était obligé, auparavant, de sacrifier pour avoir leur sérum; cela devint plus économique, mais le lait était très difficile à conserver. Il perfectionna sa méthode et donna du lait desséché; malheureusement, ce dernier, très actif au début, perd son activité avec le temps; c'est un médicament peu stable et pouvant prendre, petit à petit, une saveur désagréable.

Mœbius employa du sérum en injections sous-cutanées, mais le sérum est difficile à préparer et à conserver. Il essaya la viande desséchée d'animaux éthyroïdés; il n'obtint pas de résultats. Il continua à traiter les malades par le sérum, mais, au lieu de faire des injections sous-cutanées, il le fit prendre en ingestions.

Après eux, nous citerons les noms de Burghart, Blumen-

thal, Gœbel, Adam, Schultes, dont nous citons, plus haut, une observation.

Hallion et Carrion, en France, reprirent cette étude. On ne connaissait pas cliniquement la substance médicamenteuse qu'il s'agissait de conserver; on savait qu'elle existait dans le sang, dans le sérum, mais on ignorait si elle n'était pas en quantité prédominante dans les éléments figurés du sang, et notamment dans les leucocytes, vecteurs habituels des substances spécifiques. Ces deux auteurs essayèrent d'obtenir et d'employer un produit où toutes les parties constitutantes du sang étaient représentées et où « toutes les parties d'altérabilité extrêmement probables étaient conservées intactes ». Ils firent un mélange de sang et de glycérine : « Le sang extrait d'un mouton éthyroïdé depuis plusieurs semaines, disait Hallion, est reçu dans de la glycérine, à parties égales. Après avoir macéré pendant plusieurs jours et avoir mélangé la masse à plusieurs reprises par des agitations violentes, nous filtrons sur papier. Ces diverses opérations sont conduites aseptiquement; au surplus, les bactéries ne peuvent s'y développer à cause de la grande quantité de glycérine, et le produit est mis simplement dans des flacons, à la manière des vins médicamenteux. A ce médicament sérothérapique de la maladie de Basedow, qui nous paraît pratique et efficace, nous proposons le nom de Hémato-Ethyroïdine. »

Ce médicament a été beaucoup employé depuis, et il a donné des résultats variables. Chez les personnes âgées, nous croyons que c'est le médicament de choix, parce qu'il est inoffensif pour le malade et parce que, chez ces personnes, la maladie de Basedow affecte des formes frustes qui sont plus sensibles à l'action de l'hémato-éthyroïdine.

Les médications employées précédemment étaient symptomatiques ; aussi les résultats obtenus étaient médiocres.

Observation I. — Basedow employait les saignées, les sangsues à l'anus, la digitale, l'iode à l'extérieur, sans résultat.

Observation II. — Teissier envoyait son malade respirer l'air froid de la montagne; il obtenait un léger soulagement.

Observation III. — En 1863, Turgis ordonnait : iodure de potassium à la dose de 1 à 2 grammes; les vésicatoires sur le goitre; « les palpitations, dit-il, et les accès de dyspnée ont diminué de fréquence et d'intensité; le goitre s'est affaîssé. »

Observation IV. — « La digitale amène toujours un soulagement. »

Observation VII. — Administration d'une infusion de digitale, 30 centigrammes, pendant 4 jours consécutifs, continuée ainsi par périodes de 4 jours, en laissant 2 ou 3 jours de repos entre chaque période. Au bout de 3 mois, le malade pouvait continuer son métier.

Observation XVIII. — « La digitale donne une amélioration réelle, mais transitoire. »

**

Seule, la digitale semble avoir une légère action sur les palpitations. L'hémato-éthyroïdine a une action généralisée sur le goitre, l'exophtalmie, les palpitations et les troubles nerveux.

**

Observation XXV. — Le malade est retourné à la campagne; il se sent brisé et redemande de l'hémato-éthyroïdine, « qu'il payerait au besoin ».

Observation XXVI. — L'amélioration était très notable; le pouls était à 84; l'arythmie avait diminué, le tremblement des mains, très faible, n'était perceptible qu'au palper; les vertiges étaient moins fréquents, la tumeur thyroïdienne diminuée. L'état nerveux a beaucoup bénéficié de la médication; la malade peut marcher, faire son ménage,

reprendre ses travaux de couture; elle est beaucoup moins irritable et se déclare guérie.

Observation XXVIII. — La vie est redevenue normale, le sommeil paisible, le nervosisme moins accentué.

Observation XXXV. — L'hémato-éthyroïdine donne, dès les premiers jours, une grosse amélioration de l'angoisse et de tous les troubles basedowiens.

Observation XXXVII. — Du 19 août au 2 septembre, prend deux flacons d'hémato-éthyroïdine; pouls tombe de 120 à 108; le calme renaît.

Observation XXVII. — Le pouls retomba à 90; la plupart des autres symptômes se trouvèrent améliorés; seule l'exophtalmie ne fut pas modifiée.

Après le parallèle entre ces différents traitements, la conclusion s'impose. L'hémato-éthyroïdine donne chez les personnes âgées atteintes de maladie de Basedow à formes frustes, l'amélioration la plus satisfaisante; l'état physique est modifié, le malade devient plus calme, l'état général est meilleur, le malade augmente de poids. Le tremblement, le pouls, l'éréthisme cardiaque en bénéficient largement. Le goitre, l'exophtalmie ne donnent peut-être pas toujours des résultats aussi satisfaisants. Ce qu'on obtient, en général, dès le troisième ou quatrième jour de la médication, c'est la diminution et de l'éréthisme cardiaque et de la fréquence du pouls. Mais cette diminution n'est pas toujours persistante; elle reste à la merci de la moindre émotion, du plus petit incident, de la moindre discussion (observation XXXIII). D'où il faut joindre au traitement par l'hémato-éthyroïdine un traitement symptomatique et, pour ainsi dire, prophylactique, déjà employé par les anciens : le repos physique et la tranquillité morale.

L'hémato-éthyroïdine est un médicament qui coûte cher. Aussi les malades, après une amélioration sensible, l'abandonnent. Telle cette femme citée par Pisanté (observation XXIX). Après un traitement d'un mois, elle se trouve

améliorée, cesse de se soigner et, au bout de trois mois, devient asystolique : « Cette fois, dit Pisanté, elle prit 0 gr. 60 de feuilles de digitale en macération, en même temps que l'hémato-éthyroïdine. Elle s'améliora très rapidement; le traitement fut continué pendant deux mois. Depuis, elle est enchantée de son état et se déclare guérie. Elle a conservé une légère exophtalmie. »

Comment employer ce médicament, et pendant combien de temps ? On peut l'employer avec la digitale; elle donne de bons résultats. Nous croyons, toutefois, qu'il vaut mieux suivre les conseils de Rigoulet : « La malade, dit-il, cesse de prendre tous les autres médicaments pour ne prendre que l'hémato-éthyroïdine, deux cuillerées à café avant chaque repas. Au bout de six semaines, il se produit une amélioration. Elle continue ce traitement; deux mois après, sa vie est redevenue normale. Elle prend, depuis, de l'hémato-éthyroïdine dix jours par mois. Elle se repose le reste du temps. » Sainton conseille aux malades, après la disparition des symptômes, de faire, pendant un an, une cure tous les trois ou quatre mois.

Chez les femmes présentant des lésions et des troubles utéro-ovariens, on pourra joindre à l'hémato-éthyroïdine un peu d'extrait ovarien.



Enfin, il est des malades exceptionnels, qui sont réfractaires au traitement par l'hémato-éthyroïdine ou qui sont simplement légèrement améliorés. Dans ces cas, très rares, il faut avoir recours à la radiothérapie seule ou associée à l'hémato-éthyroïdine.

La radiothérapie de la glande thyroïde obéit aux règles générales de la radiothérapie profonde et commande l'emploi d'un rayonnement pénétrant, convenablement filtré : « Pour préciser, dit Bécère (*Journal médical français*, juillet 1920), j'emploie un rayonnement dont le pouvoir de pénétration, mesuré à l'aide du spintermètre, correspond

à une étincelle d'au moins 20 centimètres; il est filtré au travers d'une lame d'aluminium de 5 millimètres d'épaisseur; la distance du foyer à la peau est de 20 centimètres. Un cylindre localisateur en verre plombé, de 10 centimètres de diamètre, sert à limiter les irradiations. A la première séance, on irradie successivement les deux régions latérales du cou; à la seconde séance, la région antérieure du cou et la partie supérieure de la région sternale; les séances suivantes sont la répétition alternée des deux premières. »

C'est l'expérience qui a démontré l'utilité, au moins chez un certain nombre de malades, de l'irradiation de la région sternale à sa partie supérieure, soit que le thymus participe au processus morbide, comme l'admettent plusieurs auteurs, soit, plus vraisemblablement, que le rayonnement atteigne ainsi les glandes thyroïdiennes aberrantes. Bécclère déclare avoir adopté la méthode des séances hebdomadaires, sans dépasser, pour chaque irradiation, une dose supérieure à trois unités Holzkecht; cette dose est mesurée après le passage du rayonnement au travers du filtre. Il ne survient jamais de réaction inflammatoire quand le traitement est bien conduit.

Quand l'état morbide ne date pas de plus d'un an et que la thyroïde est de consistance molle, le traitement ne demande pas, en général, plus de deux ou trois mois et aboutit au succès complet ou presque complet.

Dans les formes chroniques et invétérées, avec consistance dure de la thyroïde, le traitement exige au moins six mois et l'amélioration obtenue demeure le plus souvent incomplète, surtout au point de vue du goitre et de l'exophtalmie. « C'est qu'aux régions congestives et temporaires du début, à la vaso-dilatation et à l'hyperémie, ont succédé des lésions hyperplasiques durables de la charpente conjonctive de la glande thyroïde et du tissu adiposo-conjonctif de la région rétro-oculaire. »

Dans les formes ébauchées du syndrome de Basedow,

dans l'hyperthyroïdisme simple, si fréquemment observé chez les jeunes filles, la radiothérapie réussit parfaitement et toujours (100 p. 100).

Dans les formes aiguës, dans les formes graves avec amaigrissement extrême et affollement du cœur, quand toutes les médications usuelles ont échoué, quand l'exérèse chirurgicale paraît à la fois nécessaire et redoutable, la radiothérapie donne les plus beaux résultats et constitue le traitement de choix. La proportion des succès atteint 90 p. 100.

Par la radiothérapie, on voit surtout diminuer la tachycardie et le tremblement. Parallèlement, les symptômes subjectifs, insomnie, modification de caractère, émotivité, s'atténuent et disparaissent.

*
**

Nous terminerons cet exposé en citant une phrase prononcée par M. Sainton, il y a, à peine, quelques mois : « Au point de vue symptomatique, a-t-il dit, l'hémato-éthyroïdine, les tumeurs d'animaux éthyroïdés, ont une influence heureuse : le salicylate de soude compte des succès à son actif. Beaucoup plus inconstante est l'action de la quinine. Si ces moyens sont insuffisants, il faut s'adresser à la radiothérapie. Mais quelle que soit la méthode thérapeutique employée, les basedowiens doivent faire une cure de repos et de calme. Le séjour dans une station thermale (Bourbon-Lancy, Bourbonne, Ussat, Salies-de-Béarn, Nérès, Plombières), est indiqué comme complément de la convalescence. »

Les formes frustes sont surtout influencées par le traitement par l'hémato-éthyroïdine. C'est à elles qu'auraient pu s'adresser ces mots : les observations en diront plus que toutes nos paroles.

OBSERVATION XXV

Thèse de PISANTÉ (1904-05), Paris. — Traitement de la maladie de Basedow par les tumeurs d'animaux éthyroïdés (sang total, sérum, lait).

Lucien M..., 41 ans, employé des postes, entre à l'Hôtel-Dieu dans le service du Professeur de Lapersonne pour ses yeux.

Antécédents: Le père serait mort à 32 ans à la suite d'une maladie aiguë ; la mère serait morte asystolique.

Il appartient à une famille d'obèses et d'emphysémateux. Il a cinq frères et sœurs qui sont tous d'un caractère plutôt calme. L'un d'eux a fait des rhumatismes aigus entre 12 et 13 ans. M... s'est toujours bien porté. Il a perdu un enfant à sept mois, qui serait venu au monde avec une malformation cardiaque. Il était toujours bleu, et le devenait bien plus quand il pleurait. M... n'a jamais été un emporté. Il aurait eu des crises fréquentes, des palpitations cardiaques.

Maladie actuelle: Au mois de mai 1902, le malade, sorti pour son travail à deux heures du matin, fut assailli dans l'obscurité par un ivrogne qui le giffla. Fortement impressionné, il fut pris instantanément de tremblement généralisé et de palpitations cardiaques pénibles. Dès lors il se mit à maigrir tout en mangeant avec voracité. En septembre 1902, trois mois et demi après le début des accidents, il avait perdu 24 kilogrammes. En juillet de la même année, ses yeux commençaient à saillir, le droit plus que le gauche. Bientôt, l'occlusion des paupières était incomplète pendant le sommeil au dire de la femme du malade.

Soigné en ville, sans résultat, par de la digitale, de l'iodure, et de la salsepareille, le malade consulta, en juillet 1903, M. Charpentier à la Salpêtrière, qui lui prescrivit avec un traitement interne des douches froides tous les jours et des bains sulfureux deux fois par semaine. Le malade a vu son état s'améliorer quelque peu, à la suite de ce traitement.

Le 2 novembre 1904, les deux yeux rougissent et secrètent. Au bout de quelques jours, l'œil gauche s'améliore ; en revanche, la vue se trouble à droite, mais le malade n'éprouve aucune

douleur. On s'est contenté de faire des applications de liqueur de Van Swieten dédoublée. Au bout de trois semaines l'œil était définitivement perdu et commençait à s'atrophier.

Etat clinique (24 février 1904). C'est un homme de taille un peu au-dessus de la moyenne, pesant 70 kilogrammes, à facies amaigri.

Il tremble modérément de tout son corps (7 oscillations par seconde).

La pointe du cœur est abaissée ; elle soulève fortement la paroi thoracique. Les deux bruits en sont sourds, sans présenter de souffle net.

La circonférence du cou est de 37 cent. 2, le corps thyroïde est peu saillant, de consistance plutôt molle.

Etat des yeux. L'œil gauche est exophtalmique : le regard en est fixe, brillant, égaré. Il présente les signes de Stelwag et de de Graefe, et ne présente aucune paralysie des muscles ; les paupières se ferment bien : le champ visuel est normal. L'œil droit est moins exophtalme ; il est atrophié et prend la forme carrée. La cornée est réduite à une ligne cicatricielle transversale, aplatie, sans staphylome. La sensibilité de la cornée et de la conjonctive, bien que réduite par rapport au côté opposé, n'est pas abolie ; le malade a la perception lumineuse centrale, mais non périphérique.

Le malade mange toujours avec voracité ; il a des selles fréquentes mais non diarrhéiques ; il a l'haleine fétide.

Il n'y a pas de troubles psychiques apparents ; il dort très mal.

Il a 30 respirations par minute ; elle sont superficielles.

Il a de la polyurie, mais les urines ne présentent ni albumine ni sucre.

Les jambes sont légèrement enflées.

Traitement : A partir du 24 février, le malade prend le matin une cuillerée à café d'hémato-éthéroïdine.

27 février : le pouls est à 118.

1^{er} mars : Le malade déclare qu'il mange mieux, le pouls est à 110. On compte 28 respirations.

5 mars : Le pouls est à 112. On compte 29 respirations.

8 mars : Le pouls est à 108, il a 27 respirations par minute.

15 mars : Le pouls est à 96. Le malade ne sent pas de changement appréciable dans son état. Son tremblement est peut-être moins marqué (5 à 6 oscillations par seconde). Il est moins essoufflé. On note 28 respirations.

20 mars. Le pouls est à 120. Le nombre des respirations est de 28. Le tremblement est accentué.

25 mars. Le malade nous dit qu'il est moins boulimique, ses selles sont plus moulées. Il est moins essoufflé et moins fatigué pour marcher. Le tour de cou est de 35 cent. 5 ; l'exophtalmie n'a pas bougé. Le nombre des respirations est de 24. Le pouls est à 100. D'après le malade, cette amélioration est la suite de celle qui avait déjà commencé avant le traitement.

Néanmoins il désire continuer le traitement et va en chercher à plusieurs reprises à l'Hôtel-Dieu. Mais à son grand regret, il ne peut en avoir.

Le 10 octobre 1904. Il pèse 139 livres. Le tremblement est très accentué (8 oscillations par seconde). Le pouls est à 120. Il respire 32 fois par minute ; il est très dyspnéique, le cou a augmenté de volume (38 cm). Il mange énormément. Il présente un œdème des malléoles des jambes, du bassin et de la moitié inférieure du tronc. Le malade se sent très fatigué. Il est abattu et sans courage.

Quand il n'eut plus d'hémato-éthyroïdine, au commencement d'avril, pendant quelques semaines, l'état resta stationnaire. Au mois de juin il retourna à la Salpêtrière où il eut des douces froides pendant quelques jours.

Le 1^{er} et le 4 juillet, il a eu de fortes épistaxis de la narine droite en même temps que des selles sanglantes.

Enfin depuis quelques jours, il est retourné à la campagne ; il se sent brisé et redemande de l'hémato-éthyroïdine qu'il « payerait au besoin ».

OBSERVATION XXVI

Thèse de PISANTÉ (1904-05), Paris. — Traitement de la maladie de Basedow par les tumeurs d'animaux éthyroïdés (sang total, sérum, lait).

Madame Th. B. . . , âgée de 51 ans, est adressée à M. Sainton, à l'hôpital Beaujon, au mois de février 1904.

L'histoire des antécédents de la malade n'a point grand intérêt ; elle eut une fièvre muqueuse à l'âge de 12 ans ; la menstruation est régulière ; mariée à 21 ans, la malade n'a eu ni enfants ni fausses couches. Elle a eu toujours le cœur très irritable même avant la maladie. Il y a 20 ans, elle a eu des vertiges accompagnés de vomissements et de maux de tête survenant tous les 15 ou 20 jours. Ceux-ci ont disparu. Depuis dix ans, elle a un léger goitre, d'ailleurs fréquent dans le pays qu'elle habite (Montluçon).

Il semble que celui-ci se soit basedowifié il y a 3 ans, car c'est à ce moment qu'ont apparus les palpitations intenses faisant souffrir la malade et attirant son attention continuelle. Elle fut traitée sans grands résultats par les préparations de bromure et de valériane, et des injections d'éther au moment des crises.

Etat clinique (février 1904). Son aspect était celui d'une cachectique affaiblie, pouvant à peine se tenir sur ses jambes ; tout travail, même le moindre effort pour faire son ménage, lui était interdit ; elle avait des évanouissements fréquents, la forçant à s'asseoir ; elle ne pouvait marcher plus d'un quart d'heure.

L'état psychique est très mauvais : tristesse, pleurs, irritabilité excessive, tressaillement au moindre bruit ; tels en sont les principaux traits.

De temps en temps surviennent des crises de diarrhée. Les principaux symptômes de la maladie de Basedow, excepté l'exophtalmie, sont constatables. Le signe de de Graefe manque. La tachycardie est très marquée, pouls est à 130 ; l'arythmie est si forte qu'elle empêche parfois de compter les pulsations. Le tremblement caractéristique est très marqué. La tumeur thyroïdienne est constituée par une masse bilobée, avec prédominance sur le lobe droit ; elle est d'une dureté ligneuse, sans battements ; mais il existe un thrill très net dans les vaisseaux du cou. En outre, le déroboement des jambes est très fréquent. L'état cachectique de la malade et les troubles intenses firent hésiter sur l'emploi du traitement dont il est ici question. Cependant, M. Sainton lui conseilla de s'y soumettre avec prudence et de le suspendre sur avis de son médecin.

Au mois de mars la malade prit pendant vingt-un jours une cuillerée à café de sang de mouton éthyroïdé-glycériné. Se sentant un peu mieux, elle vint à l'hôpital Beaujon.

Le 10 avril, M. Sainton substitua au sang le sérum de mouton éthyroïdé, mais par suite d'une erreur, le sérum ayant été remis en ampoules, le médecin traitant fit douze piqûres d'un centimètre cube qui furent très douloureuses, l'une d'elles amena un abcès. L'état ne sembla pas devenir meilleur par la médication hypodermique. La malade vint revoir M. Sainton au mois de juin : à partir du 20 juin, elle prit pendant trois semaines dix gouttes de sérum, en augmentant progressivement la dose, de façon à arriver à vingt-cinq gouttes. Fin janvier, l'amélioration était très notable : le pouls était à 84 ; l'arythmie avait diminué, le tremblement des mains très faible, n'était perceptible qu'au palper ; les vertiges étaient moins fréquents, la tumeur thyroïdienne diminuée. L'état nerveux a beaucoup bénéficié de la médication ; la malade peut marcher, faire son ménage, reprendre ses travaux de couture ; elle est beaucoup moins irritable et se déclare presque guérie. Vue au mois d'octobre 1904, l'amélioration persiste, mais M. Sainton conseille une nouvelle cure sérothérapique.

OBSERVATION XXVII

PISANTÉ. — Thèse de Paris (1904-05). — Observation empruntée à SCHULTES.
(*Munich Méd. Woch.*)

Femme de 49 ans présentant depuis quelques mois des symptômes basedowiens, est prise subitement d'une psychose, qui se met à évoluer comme une manie aiguë suivant le type d'une maladie infectieuse. On lui fit prendre du sérum de mouton éthyroïdé, 1 gr. 50 au début, puis 4 gr. 50. Au bout de 8 jours, le pouls de 140 tomba à 132, au quinzième jour la malade devint plus consciente.

Le vingt-quatrième jour, les troubles psychiques disparurent complètement, la malade redevint gaie ; pouls 88, circonférence cervicale passe de 44 à 42, tremblement disparaît. On laisse la malade au repos ; le pouls remonte à 112, le cou à 43.

On reprit le sérum, et cette fois avec 6 grammes par jour, en trois fois. Le pouls retombe à 90, le cou à 42, la plupart des autres symptômes se trouvèrent améliorés, seule l'exophtalmie ne fut pas modifiée.

OBSERVATION XXVIII

Thèse de RIGOLET, Paris (1904-05). — Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement du goître exophtalmique.

Madame L..., 40 ans, rentière.

Antécédents héréditaires: Père vivant bien portant, mère morte à l'âge de 50 ans. Aurait présenté des troubles analogues à ceux dont se plaint la malade.

Antécédents personnels: Fièvre typhoïde à l'âge de 18 ans. Mariée à 22 ans ; elle perd son mari à 35 ans. A partir de ce moment, elle éprouve des troubles nerveux variés, enregistrés par son entourage. D'un caractère très égal auparavant, elle devient très irritable, s'agaçant à la moindre chose. Un médecin lui conseille le repos, le grand air, l'hydrothérapie.

Elle part à la campagne ; les troubles s'accroissent ; elle maigrit, perd l'appétit, ne dort plus ou du moins dort peu.

Elle revient chez son médecin qui pose le diagnostic de maladie de Basedow. Légère exophtalmie, et le lobe gauche du corps thyroïde présente une augmentation de volume appréciable. Il existe du tremblement, de l'exagération des réflexes. La malade accuse une sensation de chaleur continuelle. Son caractère s'exacerbe ; son amaigrissement augmente, (de 55 kilogr. elle passe à 45 kilogr.)

La malade est mise au régime général de la maladie de Basedow, électricité, hydrothérapie, salicylate de soude, repos, suralimentation. Elle suit ce traitement pendant six mois environ d'une façon rigoureuse. Il se produit une amélioration si légère qu'elle est à peine constatable.

Traitement par l'hémo-éthéroïdine. La malade prend deux cuillerées à café par jour du médicament. Pendant le premier mois, légère amélioration. Elle cesse alors tous les autres médicaments pour prendre deux cuillerées à soupe d'hémo-

éthyroïdine avant chaque repas. Au bout de six semaines, il se produit une amélioration sensible. Le sommeil devient plus paisible ; le nervosisme est moins accentué. L'exophtalmie est moins prononcée, le cou ne mesure plus que 33 au lieu de 34½, six mois auparavant.

Elle continue ce traitement et, deux mois après, sa vie est redevenue normale. Elle prend dix jours par mois de l'hémato-éthyroïdine et se repose de son traitement le reste du temps.

OBSERVATION XXIX

Journal des Praticiens, Paris 1908. — Traitement de la maladie de Basedow par le traitement d'animaux éthyroïdés (hémato-éthyroïdine), par PISANTÉ.

Femme d'une cinquantaine d'années, malade depuis trois ans. Elle était très amaigrie, dans un état de cachexie telle qu'elle ne pouvait plus se tenir sur ses jambes ; l'exophtalmie était typique, regard brillant et hostile. La tumeur thyroïdienne n'était pas apparente. Le pouls était à 140. Le cœur, dont on voyait les battements à distance, était bondissant et soulevait fortement la paroi thoracique. L'arythmie et le tremblement gênaient fortement la malade par leur intensité. « Elle ne fait que manger », déclarait son entourage. Quand on tardait à la servir, elle était prise d'une toux sèche qui se calmait aussitôt qu'elle avalait quelque chose. Le soir en se couchant elle préparait à côté de son lit toute espèce d'aliments qu'elle mangeait jusqu'au matin.

Traitement par l'hémato-éthyroïdine (mai 1905). Quatre jours après la prise quotidienne d'une demi-cuillerée à café d'hémato-éthyroïdine par jour, elle fut manifestement soulagée. Cette dose fut portée alors à une cuillerée à soupe par jour ; à deux le huitième et à trois le quinzième, pour s'arrêter le vingt-unième et cela jusqu'à la fin du mois. La situation avait alors beaucoup changé. La malade ne mangeait pas plus que son entourage. Les crises de diarrhée impérieuse dont elle était atteinte avaient disparu, le sommeil était redevenu normal, le cœur ne présentait plus de bruits pathologiques,

l'état mental en avait beaucoup bénéficié, et la malade lâcha alors le traitement.

Trois mois après elle était franchement asystolique, avec plusieurs symptômes basedowiens. Cette fois, en même temps que l'hémato-éthyoïdine, elle prit 0 gr. 60 de poudre de feuille de digitale en macération. Elle s'améliora très rapidement : le traitement fut continué pendant deux mois. Depuis elle est enchantée de son état et se déclare guérie. Elle a conservé une légère exophtalmie.

OBSERVATION XXX

Revue neurologique, Paris 1913. — Trente cas de basedowisme fruste ou névrose vaso-motrice, par L. ALQUIER.

I. — Femme de 45 ans, d'ordinaire calme, devient depuis quelques mois irascible, émotive, en même temps que ses règles deviennent irrégulières. Thyroïde bombé, a grossi nettement, l'étrangle parfois. Pouls 130. Pression artérielle 17, ni tremblement, ni signes oculaires, ni chaleurs, ni sueurs. Après trois semaines d'hémato-éthyoïdine (3 puis 2 cuillerées à café par jour), le nervosisme a diminué. Cœur 106 au repos, 120 après mouvements rapides et dans la station debout ; l'hémato est continuée en réduisant les doses suivant les progrès de l'amélioration.

OBSERVATION XXXI

II. — Femme 67 ans, diabète, tremblement attribué à l'éthylisme (un litre de vin par jour : cauchemars avec zoopsie, crampes, fourmillements) ; en un an elle maigrit malgré tous les traitements de 28 livres ; le tremblement est constant, la tension artérielle varie de 26 à 17 au Potain. La constatation de la tachycardie à 120, à plusieurs examens, avec légères crises vaso-motrices et réaction diffuse à l'effleurement par l'ongle, firent essayer l'hémato-éthyoïdine (2 cuillerées à café par semaine, un seul flacon). Trois semaines plus tard, dispari-

tion des troubles vaso-moteurs et du tremblement, pouls à 105, poids augmenté de 3 livres, amélioration de l'état général, sucre moins abondant. Un mois après (hémato non reprise), nouvel amaigrissement de 2 kilos, sans tremblement, ni crises vaso-motrices ; mais le pouls reste à 100, avec tension artérielle à 17, sucre abondant.

OBSERVATION XXXII

III. — Homme 45 ans. Nerveux, impressionnable. Il y a deux mois, dispute, et perd sa place. Depuis, agitation, dyspepsie, tremblement léger à caractère basedowien. Légère exophtalmie,, thyroïde non appréciable au palper ; bouffées de chaleur et sueurs surtout après les repas, dermatographisme ; pouls 140, tension 25. Deux cuillerées à café d'hémato-; trois semaines plus tard, les malaises ont à peu près disparu ; tremblement, crises de nervosisme ; la tension est de 23 ; le pouls reste instable : 120.

OBSERVATION XXXIII

IV. — Homme de 41 ans. Nerveux, impressionnable. Tabès net (Argyll, Romberg, atonie légère, abolition de tous les réflexes) ; claquement aortique exagéré, tension 24. Emotif, dyspeptique. Depuis 6 mois, crises d'émotivité, avec tremblement, pendant lesquelles le pouls monte à 164 au lieu de 105-120 au repos. Les mouvements rapides, le passage du décubitus, à la station debout, provoque la tachycardie, dermatographisme léger, pas de goitre. Dix injections d'hectine (ampoules A) avec ingestion de théobromine, convallaria-spartéine, réduisent un peu la tachycardie. Le traitement terminé est remplacé par l'hémato (3 cuillerées à café par jour, puis 2, puis 1, en tout 6 flacons). Immédiatement, grosse amélioration de l'émotivité et des crises de palpitations (75). Au bout de cinq mois, une nouvelle dispute réveille la tachycardie.

OBSERVATION XXXIV

V. — Femme de 45 ans. Castration pour fibrome. Dès le lendemain, commencent les chaleurs et sueurs surtout après les repas. Trois mois après on trouve : tremblement, grosse émotivité. Pouls est à 104, thyroïde un peu augmenté ; deux cuillérées à café d'hémato-éthYROÏDINE amènent rapidement la disparition des crises vaso-motrices ; le pouls reste à 88, le tremblement et les sueurs persistent.

OBSERVATION XXXV

Revue neurologique, Paris 1914. — Basedowisme ou névrose vaso-motrice, par L. ALQUIER.

Homme de 50 ans, très émotif. Impressionnable. Phobique. Emu par la flaccidité de ses organes génitaux et par des éjaculations trop rapides, il fait la phobie de l'impuissance. Angoisse avec idées noires et hallucinations se rapportant à la mort (il voit des squelettes). Faciès très coloré ; mains violacées. Alquier assiste à plusieurs crises vaso-motrices et il les résume ainsi : rougeur et chaleur faciale, puis sueur abondante ; pendant la crise, le pouls ne varie pas. Il est remarquablement fixe à 80, mais quelques mouvements le font monter à 100 ; ensuite, il varie plusieurs fois au cours d'une minute. Gros dermographisme auréolé d'une large zone de vaso-contriction. Tension 17 ; gros tremblement pendant les crises, léger au repos. Dyspepsie capricieuse, gonflement et crampes, constipation avec crises de lientérie, état variable d'un jour à l'autre. L'hémato-éthYROÏDINE (2 flacons) donne dès les premiers jours, une grosse amélioration de l'angoisse et de tous les troubles basedowiens. Ils reviennent quatre mois après, à la suite de soucis. Pouls 72-100. Légères crises vaso-motrices. Tremblement faible. Thyroïde appréciable. Pas de dermographisme.

Nouvelle amélioration par l'hémato-éthYROÏDINE.

OBSERVATION XXXVI

Pleurésie hémorragique au cours du goitre exophtalmique ;
heureux effets du traitement par l'hémato-éthéroïdine, par BRETON.
(*Gazette des Hôpitaux*, 1905)

« Toutes les maladies hémorragiques peuvent compter parmi leurs symptômes cliniques, l'épanchement pleural hémorragique ; cette variété d'épanchement est plutôt exceptionnelle dans la maladie de Basedow, bien que les hémorragies de cette affection soient connues.

Dans l'observation de Breton, il s'agit d'une femme de 69 ans, porteuse d'un goitre qui s'est basedowifié depuis la ménopause.

Un symptôme prédomine chez cette personne : la tachycardie. C'est une tachycardie continue avec accès paroxystiques durant plusieurs jours avec pouls de 150 ou 160. Or, par trois fois, au cours de deux années, la malade présenta les signes d'un épanchement pleural que la ponction montra être hémorragique. De plus, à la suite d'un accès, l'auteur constata une symptôme cardiaque nouveau, une insuffisance mitrale qui persista depuis.

La malade avait suivi tous les traitements classiques, cela sans grand avantage. Soumise à la méthode Ballet-Enriquez, elle fut rapidement améliorée. »

OBSERVATION XXXVII

Dr Eugène LEBLOUX. — Organothérapie du goitre exophtalmique : l'hémato-éthéroïdine. (*Revue Méd. de la Franche-Comté*, Besançon, 1909.)

M^{me} C. . . , des Chaprais, Besançon, âgée de 46 ans ; léger goitre, tremblement, amaigrissement, émotivité, pas d'exophtalmie. Du 19 août au 2 septembre, prend deux flacons d'hémato-éthéroïdine, pouls tombe de 120 à 108. Le calme renaît.

OBSERVATION XXXVIII (même auteur)

M^{me} H. . ., institutrice à A . . . (Doubs), âgée de 43 ans. Malade depuis deux mois, elle avait maigri de 10 kilogr.; petit goitre dur, légère exophtalmie, tremblement, thermophobie, céphalée, agitation, pouls à 126. Après l'ingestion de 3 flacons d'hémato-éthyroïdine, avait repris du poids, l'exophtalmie et le goitre avaient diminué, le nervosisme avait cédé complètement. Pouls reste à 126. Malade se considère comme guérie.

CONCLUSIONS

- I. — D'après les auteurs classiques, la maladie de Basedow est une affection qui s'observe surtout à l'âge adulte, de 20 à 40 ans : exceptionnelle avant 20 ans, elle serait rare après 40 ans, et ne se rencontrerait presque jamais après 60 ans ;
- II. — Cependant, l'observation clinique permet d'affirmer que le syndrome basedowien s'observe, entre 40 et 60 ans, plus souvent que le laisse supposer l'opinion précédente. La fréquence de ce syndrome basedowien tardif est démontrée par le nombre élevé des personnes relativement âgées que l'on trouve dans les observations déjà publiées dans les travaux relatifs à la maladie de Basedow ;
- III. — Le syndrome basedowien tardif mérite une mention spéciale, tant par sa fréquence relative que par ses caractères cliniques particuliers. Il se rencontre surtout chez les femmes, à la période de la ménopause. Il se présente sous une forme fruste : le goitre et l'exophtalmie sont des signes inconstants ou secondaires ; le tremblement et la tachycardie sont, au contraire, des symptômes constants et prédominants ; les troubles de l'état général, les troubles génitaux, les troubles du système nerveux font habituellement partie du tableau clinique et sont quelquefois très accentués ;

IV. — Le syndrome basedowien tardif est toujours très heureusement et le plus souvent très rapidement modifié sous l'influence du traitement par l'hémato-éthyroïdine. L'état général s'améliore aussitôt; les troubles nerveux, l'éréthisme cardiaque, le tremblement, s'atténuent progressivement. Mais il est nécessaire parfois de prolonger, longtemps et à petites doses, l'administration de l'hémato-éthyroïdine pour obtenir la guérison complète. Dans les cas plus résistants, il peut être utile de joindre à l'action de l'hémato-éthyroïdine, celle de la radiothérapie du corps thyroïde ou celle des injections modificatrices intra-thyroïdiennes.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. ABADIE.

Vu :

Le Doyen,

Dr C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 28 Juin 1922.

Le Recteur de l'Académie,

R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — Pathogénie et traitement du goitre exophtalmique. (*Clin. opht.*, Paris 1908.)
- Pathogénie du goitre exophtalmique. (Congrès fr. de méd., 1907.)
- ABADIE et COLLON. — Traitement du goitre exophtalmique par les injections intra-thyroïdiennes d'éther iodoformé. (*Revue neur.*, Paris 1902.)
- ADAM. — Société de médecine interne de Hambourg (séance du 31 janv. 1903), d'après analyse de la *Tribune médicale*.
- ALAMARTINE. — Goitre exophtalmique d'origine tuberculeuse. (*Bulletin méd.*, Paris 1909.)
- ALQUIER. — Basedowisme ou névrose vaso-motrice. (*Rev. neur.*, Paris 1914.)
- Trente cas de basedowisme fruste ou névrose vaso-motrice. (*Revue neur.*, Paris 1913.)
- AUDIBERT. — Le syndrome de Basedow fonction de tuberculose. (*Marseille méd.*, 1914.)
- BALLET et ENRIQUEZ. — Goitre expérimental par injections sous-cutanées d'extrait thyroïdien. — Compte-rendu de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris. (16 novembre et 15 décembre 1890.)
- Congrès de Bordeaux (séance du 2 août 1895). Corps thyroïde et maladie de Basedow, d'après *Sem. médicale*, 28 décembre 1895.
- Effets de l'hyperthyroïdisation expérimentale, dans *Méd. moderne*, décembre 1895.
- BÉCLÈRE. — Corps thyroïde. (*Journal médical*, Paris 1920.)
- BOIX. — Traitement du goitre exophtalmique. (*Ar. gén. de méd.*, Paris 1904.)
- BOUCHET. — Rôle du rhumatisme articulaire aigu et subaigu dans l'étiologie de la maladie de Basedow et dans sa terminaison par l'asystolie. (*Lyon médical*, 1908.)
- ÉCHAT. — A propos du traitement du goitre exophtalmique. (*Bull. gén. de thérapeutique*, Paris 1911.)
- BRET. — Les lésions du système nerveux central dans la maladie de Basedow : paralysie de l'hypoglosse (hémiatrophie linguale) chez une basedowienne. (*Bull. Soc. méd. des hôp.*, Lyon 1909.)

- BRETON. — Pleurésie hémorragique au cours du goitre exophtalmique : heureux effets de l'hémato-éthyroïdine. (*Gaz. des hôp.*, Paris 1903.)
- BRISAUD. — Leçons 1895.
- CANTONNET. — Deux cas de goitre exophtalmique fruste avec trouble psychique (torticolis mental et psychasténie). *Revue. neurol.*, Paris 1904.
- Inégalité pupillaire chez les basedowiens. (*Revue neurol.*, Paris 1909.)
- CASTAING. — De la tachycardie paroxystique essentielle. (Thèse Paris, 1891.)
- CHAMAILLARD. — Maladie de Basedow. (Thèse Paris, 1902.)
- CHAMBERLAIN. — Essai de pathogénie du goitre exophtalmique. (Thèse Paris, 1894.)
- CHARCOT. — *Gazette médicale de Paris*, 1856.
- CHAUFFARD. — Le traitement du goitre exophtalmique. (*Revue gén. de clin. et de thérap.*, Paris 1906.)
- CHAUFFARD et MONNOT. — Maladie de Basedow avec hypertrophie des paupières et des joues. (*Bull. et mém. de la Soc. de méd. des hôpitaux de Paris*, 1917.)
- CHRISTENSEN. — Recherches concernant la maladie de Basedow par le lait de chèvre éthyroïdé, d'après *Semaine Médicale*, 14 mars 1904.
- CLAISE. — Traitement du goitre exophtalmique par la méthode de BALLET et ENRIQUEZ. (*Clin.*, Paris 1906.)
- CLAUDE. — Les états basedowiens. (*Revue générale de clin. et de thérap.*, Paris 1910.)
- CLÉMENT. — La maladie de Basedow. (*Revue méd. de la Suisse rom.*, Genève 1909.)
- COLLON. — Traitement du goitre exophtalmique par les injections intra-thyroïdiennes d'éther iodoformé. (Thèse de Bordeaux, 1903.)
- CREYX. — Tuberculose et goitre exophtalmique. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1918.)
- DAÛBRESSE. — Le goitre exophtalmique chez l'homme. (Thèse de Paris, 1883.)
- DEBOVE. — Goitre exophtalmique fruste. (*Revue gén. de thérap. méd. et chir. de Paris*, 1901.)
- Sur un cas de goitre exophtalmique. (*Tribune méd.*, Paris 1905.)
- Les goitres exophtalmiques. (*Clin. Montréal*, 1915-16.)
- DELAUNAY. — Un essai d'explication du mode d'action du sérum d'animal éthyroïdé dans le traitement de la maladie de Basedow. (*Gaz. du Prat.*, Lille 1912.)
- DENY. — Goitre exophtalmique et psychose maniaque dépressive. (*Encéphale*, Paris 1909.)
- DOUMER. — Sur un cas de forme fruste de goitre exophtalmique. (*Bull. et mém. Soc. de méd. et chir. du Nord*, Lille 1905.)

- DROMARD. — Dégénérescence mentale et maladie de Basedow. (*Arc. de neur.*, Paris 1906.)
- DUFOUR. — Maladie de Basedow sans hypertrophie du corps thyroïde, associée à une atrophie sympathique scapulo-humérale et au rhumatisme déformant. (*Revue neur.*, Paris 1901.)
- FROMENT. — Cardiopathies valvulaires compliquées de basedowisme. (Thèse de Lyon, 1905-1906.)
- GAULTIER. — Les troubles gastro-intestinaux de la maladie de Basedow. (*Arch. des mal. de l'appareil digestif*, Paris 1907.)
- GAYME. — Essai sur la maladie de Basedow. (Thèse Paris, 1898-99.)
- GINESTOUS. — Maladie de Basedow à forme fruste. (*Prov. méd.*, Paris 1913.)
- GIROD. — Maladie de Basedow à forme fruste. (Thèse de Paris, 1903-1904.)
- GLEY. — Quatre leçons sur les sécrétions internes, 1921.
- GORIS. — Un cas de maladie de Basedow sans goitre apparent. Diagnostic laryngoscopique : thyroïdectomie ; guérison. (*Ann. Soc. belge de chir.*, Bruxelles 1900.)
- GOLDSTEIN. — Deux cas de syndrome de Basedow traités par l'adrénaline ; considérations sur les rapports entre le corps thyroïde et les capsules surrénales. (*Revue neurol.*, Paris 1909.)
- GOLDSMIDT. — Un cas de goitre basedowifié. (*Bull. et mém. Soc. méd. hóp.*, Paris 1907.)
- GONNET. — Le goitre congénital. (*Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd.*, Paris 1909.)
- HAINAUT. — La maladie de Basedow. (*La Gaz. méd. de Paris*, 1914.)
- HALLION. — Traitement sérothérapique du goitre exophtalmique. Méthode de BALLET et ENRIQUEZ. (*Presse méd.*, Paris 1905.)
- HARTMANN. — Le goitre exophtalmique. (Thèse Paris, 1918.)
- JABOULAY. — Goitre exophtalmique chez l'homme. (*Revue int. de méd. et de chir.*, Paris 1905.)
- JUQUELIER. — Maladie de Basedow compliquée d'alcoolisme. (*Rev. de psych.*, Paris 1909.)
- KUMMER. — Deux observations de malades présentant certains syndromes basedowiens. (*Revue méd. de la Suisse rom.*, Genève 1903.)
- LAFON. — État des pupilles dans la maladie de Basedow. (*Gaz. hebd. de la Soc. de méd. de Bordeaux*, 1909.)
- LANCEREAUX. — Le traitement du goitre exophtalmique par le sulfate de quinine. (*J. méd. français*, Paris 1908.)
- LANZ (Otto). — Congrès international de physiologie tenu à Berne du 9 au 13 septembre 1895. (D'après *Semaine médicale*, 1895 — *Semaine médicale*, 6 décembre 1899.)
- LAVRAUD. — Maladie de Basedow et salicylate de soude. (*J. de Soc. méd. de Lille*, 1909.)

- LE CLERC. — Goitre exophtalmique suite de grippe. Dermographisme. (*Normandie méd.*, Rouen 1901.)
- LEDOUX. — Organothérapie du goitre exophtalmique : hémato-éthyroïdine. (*Revue méd. de la Franche-Comté*, Besançon 1909.)
- LÉPINE. — Sérum antithyroïdien. (*Lyon médical*, 1903.)
- Le goitre exophtalmique devant la sérothérapie. (*Revue de méd.*, Paris 1906.)
- LIBOTTE. — Goitre exophtalmique sans goitre. (*J. de neurol.*, Paris 1903.)
- Goitre exophtalmique. (*J. de neurol.*, Paris 1905.)
- Goitre exophtalmique sans goitre et sans exophtalmie. (*Journal de neurol.*, Paris 1906.)
- La thérapeutique du goitre exophtalmique au Congrès de Munich d'avril 1906. (*J. méd. de Bruxelles*, 1906.)
- LÉVY (Léopold). — Maladie de Basedow, nervosisme, hyperthyroïdie : réponse à M. GLEY. (Compte-rendu Société de Biologie, Paris 1907.)
- MACHADO. — Le goitre exophtalmique considéré comme maladie et comme syndrome. (Congrès int. de méd., Lisbonne 1906.)
- MARIE. — Contribution à l'étude et au diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow. (Thèse de Paris, 1883.)
- Questions neurologiques d'actualité (1921).
- MARINESCO. — Syndrome de Basedow et sclérodermie.
- MARQUIS-SÉBIE. — Les troubles psychiques basedowiens. Essai de pathogénie. (Thèse de Montpellier, 1911-12.)
- MARTIN. — Traitement de la maladie de Basedow par le sang d'animaux éthyroïdés. (Thèse Paris, 1907.)
- MERCH (de Darmstadt). — Annales de 1902 et 1903.
- MERCKLEM. — Tachycardie paroxystique et maladie infectieuse. (Thèse Paris, 1901-1902.)
- DE METZ. — Pathogénie et traitement du goitre exophtalmique. (*Clin. opht.*, Paris 1906.)
- MINET. — Goitre exophtalmique et rhumatisme articulaire aigu franc. (*Echo méd. du Nord*, Lille 1910.)
- MÖBIUS. — Traitement sérothérapique de la maladie de Basedow. (*Neurol. Centralbl.*, 1901.)
- MOURIQUANT. — Ictère de la maladie de Basedow. (*Gaz. des hôp.*, Paris 1908.)
- OUDEN. — Deux cas de goitre exophtalmique. (*Bull. app. Soc. franç. d'études*, Paris 1903.)
- OUVRIEU. — Sur le traitement du goitre exophtalmique. De l'action du salicylate de soude dans la maladie de Basedow. (Thèse Toulouse, 1904.)
- PARISOT. — Polyurie simple et maladie de Basedow fruste. (*Revue méd. de l'Est*, Nancy 1910.)
- PAUCHET. — Traitement du goitre exophtalmique. (*Clin.*, Paris 1908.)

- PERRIN. — Maladie de Basedow et hallucinations. (*Revue médicale de l'Est*, Nancy 1906.)
- FIGURIER. — Considérations pratiques sur un cas fruste de goitre exophtalmique simulant la tuberculose pulmonaire. (*Journal du Praticien*, Paris 1902.)
- PINARD. — Goitre exophtalmique dans ses rapports avec la fonction de reproduction chez la femme: (*Ann. de gyn. et d'obst.*, Paris 1909.)
- PISANTÉ. — Traitement de la maladie de Basedow par les tumeurs d'animaux éthyroïdés (sang total, sérum, lait). — Thèse Paris, 1904-05.
— Traitement de la maladie de Basedow par le sang d'animaux éthyroïdés (hémato-éthyroïdine). — *Revue gén. de chir. et de thérap.*, Paris 1908. *Rev. gén. de chir. et de thér.*, Paris 1919.
- PITRES. — Traitement de la maladie de Basedow. (Congrès de Lille, 1899.)
- RAYMOND. — Goitre exophtalmique chez l'homme. (*Bull. méd.*, Paris 1903.)
- RAYNAUD. — La pathogénie du goitre exophtalmique : traitement. (Thèse de Montpellier, 1910-11.)
- REGNAULT. — Deux cas de goitre exophtalmique guéris par l'opothérapie. (*Bull. gén. de thérap.*, Paris 1911.)
- REMLINGER. — Un cas de goitre exophtalmique consécutif à une émotion violente (morsure de chien enragé). — *Gaz. méd. d'Orient*, Constantinople 1906.
- REVILLET. — Note sur l'action thérapeutique et physiologique de l'extrait biliaire dans le goitre exophtalmique. (*Lyon médical*, 1908.)
- RIGOLET. — Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement du goitre exophtalmique. (Thèse Paris, 1904-05.)
- RIVALIER. — Contribution à l'étude de la maladie de Basedow. (Thèse Paris, 1889.)
- SABOURIN. — Le petit basedowisme chez les tuberculeux. (*Arch. gén. de méd.*, Paris 1914.)
- SAINTON. — Les traitements actuels du goitre exophtalmique. (*Revue gén. de thérap. méd. et chir.*, Paris 1906.)
— Les secousses nystagmiques dans le syndrome de Basedow. (*Gaz. méd. de Paris*, 1913.)
- SAINTON et PISANTÉ. — Trois cas de goitre exophtalmique traités par le sérum de mouton éthyroïdé. (Paris, 1907.)
- SAINTON et RATHERY. — Troubles pupillaires et inégalité pupillaire temporaire à bascule dans le syndrome de Basedow. (*Encéphale*, Paris 1908.)
- SAINTON. — Goitre exophtalmique, dans Questions neurologiques d'actualité (1921).
- SARTRE. — Ussat-les-Bains et le traitement du goitre exophtalmique. (Thèse Paris, 1914.)
- SCHULMANN. — Goitre exophtalmique familial d'origine syphilitique. (Thèse Paris.)

- SCHULTES. — Traitement de la maladie de Basedow par l'antithyroïdine. (*Munich. med. Woch.*, 1902.)
- SÉE (Germain). — Traité sur les maladies de cœur.
- SOUQUES. — Goitre exophtalmique et rhumatisme articulaire aigu. (*Bull. et mém. Soc. méd. hôp. de Paris*, 1910.)
- SOUQUES et J. LERMOYEZ. — Goitre exophtalmique héréditaire et familial. (*Soc. de neurologie de Paris*, 7 novembre 1918.)
- SYLLABA. — Sur la marche de la maladie de Basedow (*Arch. des maladies de cœur*, Paris 1910.)
- TEISSIER. — Maladie de Graves datant de trois ans : battements de cœur et goitre sans exophtalmie. (*Ann. de méd. de Lyon*, 1862-63.)
- TAPRET. — *Archives générales de médecine*, 1880.
- THOMAS. — L'hémato-éthyroïdine pour la cure du goitre exophtalmique. (*Revue méd. de la Suisse rom.*, Genève 1907.)
- TOLOT. — Ostéomalacie et goitre exophtalmique. L'ostéomalacie est-elle une maladie thyroïdienne ? (*Revue de neurol.*, Paris 1906.)
- TRAVERSIER. — Goitre exophtalmique et angine de poitrine. (*Dauphiné méd.*, Grenoble 1907.)
- TROUSSEAU. — Cliniques médicales, II.
- TURGIS. — Recherches et observations pour servir à l'histoire du goitre exophtalmique. (Thèse de Paris, 1863.)
- VERGER. — Un cas de goitre exophtalmique traité par les injections modificatrices intra-thyroïdiennes. (*Gaz. hebd. Soc. Méd. Bordeaux*, 1904.)
- DE VËLE. — A propos du traitement de la maladie de Basedow par le sérum de MÆBIUS. (*Belgique méd.*, Gand 1907.)
- WORMS. — De l'exophtalmie unilatérale dans la maladie de Basedow. (*Gaz. des hôp.*, Paris 1912.)



